Nr. 5. 3. lutego 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

T. WICZYŃSKI. Lwów.

Stanowisko cięcia cesarskiego w położnictwie doby obecnej.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. J. K.
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński.

Dokończenie.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa powyższa w stosunku do następnych powikłań porodu wzgl. ciąży, t. j. łożyska przodującego i rzucawki porodowej. Wprowadzenie cięcia cesarskiego w zakres zabiegów stosowanych w tych powikłaniach stanowiło zupełną nowość w położnictwie. Nic więc dziwnego, że początkowe przypadki cięcia cesarskiego w tych powikłaniach stanowiły istotną rzadkość i jako takie były notowane w piśmiennictwie. Z biegiem czasu przypadki te mnożyły się, traciły na swej „rzadkości“ i weszły w ostatnich latach także w zakres naszego zwyczajnego postępowania położniczego.

Na tem przynajmniej stanowisku stoi Klinika lwowska, w której wykonano w ostatniem dziesięcioleciu cięcie cesarskie w 19 przypadkach rzucawki porodowej (wzgl. innych zatruć ciążowych) i w 26 przypadkach łożyska przodującego. Rozwój częstości stosowania cięcia cesarskiego w tych powikłaniach ilustruje nam zestawienie ilości tak rozwiązywanych przypadków tych powikłań w poszczególnych pięcioleciach okresu, z którego nasz materjał pochodzi.

Tablica IV.

Okres czasu	Zatrucia ciążowe		Łożyska przodujące	
	Ilość ogólna	Ilość cięć cesarskich	Ilość ogólna	Ilość cięć cesarskich
Pierwsze pięciolecie 1923—1927	36	**6**	52	**6**
Drugie pięciolecie 1927—1932	44	**13**	75	**20**

Porównując ilość przypadków tych powikłań rozwiązywanych cięciem cesarskiem w pierwszej i drugiej połowie ostatniego dziesięciolecia, widzimy że w drugiem pięcioleciu ilość ta jest w rubryce rzucawki przeszło dwukrotnie, a w łożysku przodującem — przeszło trzykrotnie większa, niż w pięcioleciu pierwszem. Porównując zaś ilość cięć cesarskich, wykonanych w łożysku przodującem i zatruciach ciążowych z ogólną ilością tych powikłań w pierwszem i drugiem pięcioleciu, widzimy, że w zatruciach ciążowych w pierwszem pięcioleciu co szósty, w drugiem zaś pięcioleciu już niemal co trzeci przypadek był rozwiązany cięciem cesarskiem: wyraźniej jeszcze występuje analogiczne zestawienie w stosunku do łożyska przodującego, w którem to powikłaniu w pierwszem pięcioleciu jeszcze tylko co ósmy przypadek, a w pięcioleciu drugiem już niemal co trzeci przypadek, stanowił w naszym materjale klinicznym wskazanie do cięcia cesarskiego.

Możemy więc powiedzieć, że obecnie cięcie cesarskie przyjęło się już jako jedna z metod naszego postępowania tak, że mogliśmy już ustalić zasady stosowania tego zabiegu w omawianych powikłaniach. Co do łożyska przodującego Klinika lwowska stoi na stanowisku, że przypadki łożyska przodującego mogą być rozwiązywane wszystkiemi sposobami, i mogą nawet nie wymagać leczenia, a to bez względu na samą postać kliniczną łożyska przodującego. Zasadniczo bowiem decyzja na wybór metody leczniczej jest zależna nie od postaci tego powikłania, lecz od nasilenia objawów t. j. krwawienia, a w wyższym jeszcze stopniu od stanu dróg porodowych, ściśle mówiąc od stopnia rozwarcia szyi macicy. Z samej zaś natury cierpienia wynika, że do najgwałtowniejszych krwotoków, i to w samym początku rozwierania szyjki macicy lub nawet w ciąży usposabia łożysko przodujące centralne, mniejsze zaś krwotoki zdarzają się w łożysku przodującem bocznem, a jeszcze mniejsze w przybrzeżnem przodowaniu łożyska, w którem zdarzyć się może, że szyjka dochodzi do zupełnego rozwarcia nawet bez groźnych dla życia krwotoków. To zdaje się jest przyczyną, że w naszym materjale na 26 cięć cesarskich w przypadkach łożyska przodującego, gwałtowne krwotoki przy zamkniętej lub dopieroco rozwierającej się szyi macicznej stanowiły wskazania do zabiegu aż 16 razy w łożysku przodującem centralnem, a już tylko 9 razy w przodowaniu łożyska bocznem i tylko 1 raz w usadowieniu się łożyska przybrzeżnem. Nie wchodząc w szczegóły tej kwestji, jako nienależącej do tematu — chcę tylko krótko zaznaczyć, że możność doraźnego rozwiązania rodzącej wzgl. ciężarnej przy utrzymanej i nierozwartej szyi macicy, a dużym krwotoku, stanowi istotnie nową erę w położnictwie, a ma bardzo wielkie znaczenie praktyczne, gdyż często decyduje o życiu tak matki, jak i płodu. Wykazują bowiem niektóre zestawienia 0% śmiertelności tak matek, jak i dzieci, gdy poprzednie zestawienia wykazywały 10 i więcej % śmiertelności matek i 40 aż do 80, a nawet 90% śmiertelności płodów. Inne zestawienia, a między niemi i nasze wykazują 0% śmiertelności matek, a z 3 płodów nieżywo urodzonych 2 były niedonoszone (wagi 1700 i 1900 g).

Jeszcze wyraźniej występują zalety cięcia cesarskiego w leczeniu rzucawki porodowej i innych zatruć ciążowych. Jeśli bowiem w łożysku przodującem nietylko matka, ale i płód są w niebezpieczeństwie, to tutaj to niebezpieczeństwo dla płodu jest jeszcze większe i występuje o wiele wcześniej. Toteż oddawna panuje zasada, że rokowanie w leczeniu rzucawki jest nietylko dla matki, ale i dla płodu tem lepsze, im szybciej od chwili pierwszego napadu nastąpi rozwiązanie. Niema żadnej kwestji, że jako metoda szybkiego rozwiązania rodzącej na początku porodu lub nawet przed rozpoczęciem tegoż, cięcie cesarskie w wydoskonalonej ostatnio swej metodzie t. j. niskie szyjne wśródotrzewnowe — okazało się zabiegiem bezkonkurencyjnym i nie da się porównać z żadnym innym zabiegiem. Nic zatem dziwnego, że zabieg ten stosowany pod wskazaniem omawianego powikłania z początkiem określany był jako „rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego“, dziś zaś już przyjął się jako metoda wyboru. Na 19 przypadków cięcia cesarskiego wykonywanych spowodu zatruć ciążowych. wykonano zabieg ten w lwowskiej Klinice 13 razy spowodu czystej postaci rzucawki porodowej, 3 razy spowodu t. zw. stanu przedrzucawkowego, a 3 razy spowodu ciężkiej postaci zapalenia nerek z objawami mocznicy. Jakie to ma znaczenie praktyczne, o tem poucza szereg zestawień w bogatem już dziś piśmiennictwie, a także nasze zestawienie przedstawia się korzystniej, niż przy stosowaniu innych zabiegów operacyjnych wzgl. wogóle innego leczenia. Musimy jednak wyraźnie podkreślić, że w rzucawce porodowej *a priori* nie możemy uzyskać nawet przy stosowaniu tak doraźnego sposobu rozwiązania rodzącej (wzgl. ciężarnej) takiej poprawy wyników, jak przy łożysku przodującem, a to dlatego, że operujemy bądźcobądź ustrój tak matki, jak i płodu zatruty, a nie mamy do tej pory sposobu klinicznego oznaczenia stopnia zatrucia*). Zgóry więc przyjąć należy, że wyniki będą tem lepsze, im szybciej się chorą rozwiąże od chwili wystąpienia pierwszego napadu. Co do naszego materjału, musimy nadmienić, że aczkolwiek od chwili rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego także i na przypadki rzucawki porodowej, zasadniczo — w odpowiednich oczywiście warunkach — przystępujemy do natychmiastowego rozwiązania chorej, to jednak wynik niezupełnie może być od nas zależny, gdyż często otrzymujemy do Kliniki chore po dziesięciu i więcej napadach, a więc bardzo daleko od tych optymalnych warunków, jakie Winter stawia, jako najlepsze dla uzyskania dobrych dla matki i płodów wyników po cięciu cesarskiem przy rzucawce porodowej. Stąd też — zdaje się — pochodzi, że z 19 operowanych cięciem cesarskiem chorych. straciliśmy 5 matek i 6 płodów. Dodać jednak musimy, że ani w jednym przypadku przebieg pooperacyjny nie przemawia za związkiem śmierci matki z zabiegiem operacyjnym, lecz raczej z samem zatruciem ciążowem.

Następnem powikłaniem, w którem cięcie cesarskie jeszcze przed 10 laty było nowością, a dziś w pewnych warunkach przyjęło się już, jako zabieg najbardziej usprawiedliwiony, jest przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego. Podobnie, jak w postępowaniu wobec łożyska przodującego, Klinika lwowska stoi na stanowisku, że jeśli przedwczesne odkleje-

*) Azot pozabiałkowy (przyp. Red.).

nie się łożyska prawidłowo usadowionego nastąpi wśród porodu daleko zaawansowanego i przy otwartych już drogach porodowych, można je leczyć — zależnie od warunków — każdą z dotychczasowych metod postępowania (kleszcze, obrót, przebicie pęcherza i t. d.). Jeśli natomiast powikłanie to wystąpi w ciąży lub na początku porodu przy drogach porodowych jeszcze zamkniętych, to cięcie cesarskie stanowi najpewniejszy sposób szybkiego ukończenia porodu i to tak dla matki, jak i dla płodu. Nadmienić jednak muszę, że cięcie cesarskie może być usprawiedliwione także przy stwierdzeniu nieżyjącego już płodu, a to w celu ratowania matki w razie postępującego dalszego krwawienia. Takie stanowisko Kliniki lwowskiej tłumaczy, że — spośród i tak niezbyt częstych przypadków tego powikłania — tylko 3 przypadki przeznaczono do cięcia cesarskiego, mimo jednak tak szczupłej liczby przypadków, uważamy ten sposób leczenia — w danych warunkach za zasadę naszego postępowania. Mimo ciężkości wszystkich przypadków uzyskaliśmy wyniki zadowalające, gdyż wszystkie matki żywe, w dwu przypadkach płody żywe, donoszone, w trzecim zaś płód niedonoszony nie żył już przed zabiegiem spowodu prawie całkowitego odklejenia się łożyska. W tym ostatnim właśnie przypadku wykonano cięcie cesarskie jedynie ze względu na ratowanie matki — przy drogach porodowych zupełnie zamkniętych.

Jak z powyższego widzimy, we wszystkich powyższych czterech grupach naszego zestawienia wykonanie cięcia cesarskiego należy do zasad naszego postępowania tak, że jeśli nawet w szczupłej liczbie w ten sposób rozwiązywanych przypadków przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego należy cięcie cesarskie do rzadkości, to raczej ze względu na rzadkość samego cierpienia i odpowiednich warunków, aniżeli na sam zabieg. Podobnie ma się rzecz z pozostałemi 15 przypadkami, które — ze względu na wskazania — podzieliłem również na 2 grupy. Grupa pierwsza — to 5 przypadków, w których wskazanie do cięcia cesarskiego leżało poza obrębem narządu rodnego, w 10 zaś pozostałych mieliśmy do czynienia ze wskazaniem czysto położniczem wzgl. ze strony narządu rodnego. W grupie pierwszej wskazanie powstało w 4 przypadkach ze strony narządów wewnętrznych, a to: 2 razy ciężka niewyrównana wada serca, w jednym gruźlica płuc i w jednym gruźlica krtani. Wobec konieczności doraźnego rozwiązania ciężarnej (3 razy) wzgl. rodzącej (1 raz) wybrano cięcie cesarskie jako zabieg z uwagi na ogólny stan chorych najłagodniejszy. W przypadku piątym wskazanie było istotnie zupełnie wyjątkowe. Przypadek dotyczył osoby 27-letniej, pierwiastki, która w 10 r. ż. przebyła operację spowodu wrodzonego zwichnięcia obu stawów biodrowych, które to zwichnięcie w późniejszem życiu chorej powtarzało się szereg razy, a więc nawykowo i to z błahych stosunkowo powodów. Aby więc uchronić chorą od ponownego zwichnięcia, do czego sam akt długotrwałego porodu siłami przyrody musiałby usposabiać, uwzględniono specjalne obawy i życzenie rodzącej i na samym początku porodu rozwiązano ją cięciem cesarskiem, przyczem — dodać należy — decyzję ułatwiło nieznacznego stopnia ścieśnienie miednicy.

Pozostaje wreszcie 10 przypadków, w których istniało wskazanie do cięcia cesarskiego, jako wskazanie położnicze lub ze strony samego narządu rodnego. Były to przypadki następujące:

3 razy — wypadnięcie pępowiny tętniącej obok główki ruchomej nad wchodem, przyczem w dwu wypadkach dało się jeszcze płód uratować, w trzecim urodzono płód silnie omdlały i nie zdołano go docucić.

1 raz wśród porodu stale stwierdzano tętno płodu albo ledwo słyszalne albo wogóle niesłyszalne; rozpoznawano albo błoniasty przyczep pępowiny i przypuszczalny ucisk tejże przez wstawiającą się główkę albo też okręcenie pępowiny dokoła szyjki płodu i stąd chwilowe znikanie tętna płodu. Wobec wyrażonego przez rodzącą życzenia żywego dziecka wykonano przy utrzymanym jeszcze pęcherzu płodowym cięcie cesarskie, wśród którego stwierdzono 3-krotne okręcenie pępowiny. Wobec przeświecających już przez ścianę macicy zielonych wód płodowych tylko cięciu cesarskiemu zawdzięczać należy uzyskanie w tym przypadku żywego dziecka.

2 razy wskazaniem była pierwotna niedomoga mięśnia macicy (niedostępna wszelkiemu leczeniu), przyczem obie matki przeszły zabieg dobrze, a płody urodzono żywe.

1 raz — bezpośredniem wskazaniem było położenie płodu poprzeczne, ale zanotowaliśmy je oddzielnie, gdyż przyczyną stwarzającą to wskazanie była dwurożność macicy, która to wada rozwojowa była u tej rodzącej już poprzednio czterokrotnie powodem nieprawidłowych położeń płodu i dzieci nieżywych. Cięciem cesarskiem otrzymano płód żywy, donoszony; matka zniosła zabieg dobrze.

1 raz wskazanie do cięcia cesarskiego stanowiły cechy ogólnego znacznego niedorozwoju narządów rodnych i życzenie rodzącej co do gwarancji żywego dziecka, przyczem decyzję tę ułatwiło stwierdzenie dużego płodu przy nieznacznem ścieśnieniu miednicy (I stopnia). Wydobyto płód żywy 3.900 g, matka przeszła zabieg dobrze.

1 raz — wskazaniem były rozległe blizny w pochwie po poprzednich porodach i operacji przetoki pęcherzowo-pochwowej, spowodowanej ostatnim porodem. Spowodu tych blizn i obawy powstania nowej przetoki — rozwiązano rodzącą cięciem cesarskiem i wydobyto płód żywy donoszony; matka przeszła zabieg i połóg bez powikłań.

W ostatnim wreszcie przypadku wskazaniem do cięcia cesarskiego były dwa włókniaki w dole tylnej ściany macicy — stanowiące przeszkodę porodową. Po urodzeniu cięciem cesarskiem płodu donoszonego, żywego, zoperowano włókniaki konserwatywnie; przebieg pooperacyjny zupełnie bez powikłań.

II.

Zestawienie naszego materjału potwierdza słuszność założenia na wstępie wypowiedzianego, a mianowicie, że lwia część przypadków doniedawna jeszcze określanych, jako t. zw. „rzadkie wskazania" do cięcia cesarskiego należy już dziś do zwyczajnego postępowania położniczego, jeśli zaś ten czy ów przypadek jest w zwyczajnem naszem życiu klinicznem jeszcze i dziś oceniany, jako niecodzienny, to nie ze względu na samo cięcie cesarskie, ale ze względu na rzadkość samego powikłania, które właśnie tym zabiegiem jesteśmy w stanie skutecznie opanować.

Jak wyżej nadmieniłem, to wzmożenie częstości cięcia cesarskiego pochodzi od wydoskonalonej techniki operacyjnej, wobec której zabieg ten stanowi dziś operację bezpieczną nawet w warunkach, które jeszcze doniedawna wykluczały myśl o cięciu cesarskiem. To bezpieczeństwo cięcia cesarskiego sprawiło, że w piśmiennictwie ostatnich lat kilkunastu pojawiały się głosy propagujące jaknajszerszy zakres stosowania cięcia cesarskiego tak, że miałoby ono wchodzić w rachubę w miejsce całego szeregu zabiegów położniczych, jak kleszcze, obrót i t. d. Niemcy zaś z M. Hirschem na czele, proponowali dla zmniejszenia powagi tego zabiegu w oczach niepowołanych zmianę nazwy „cięcie cesarskie" na „rozwiązanie przez cięcie" *(Schnittentbindung)*. Słusznie jednak wśród tej dyskusji zaleca Winter zachowanie umiarkowania w stosunku do cięcia cesarskiego, a to wychodząc z założenia, że gdybyśmy je mieli stosować *a priori* w miejsce przewidywanych innych zabiegów położniczych, to w celu uzyskania maksymum bezpieczeństwa tego zabiegu, należałoby go stosować możliwie na samym początku porodu. Postępując zaś w ten sposób, moglibyśmy łatwo stracić to wskazane umiarkowanie i wpadłszy w skrajność wykonać cięcie cesarskie w wielu przypadkach, które mogłyby być rozwiązane zabiegiem lżejszym, jakim niewątpliwie są niskie kleszcze, obrót w warunkach korzystnych i t. d., *nie wykluczając nawet porodu siłami natury*.

Na tem umiarkowanem stanowisku stoi Klinika nasza konsekwentnie od początku nowej bieżącej ery cięcia cesarskiego aż do chwili obecnej. Wychodzimy bowiem przedewszystkiem z założenia, że poród jest aktem fizjologicznym i nie da się porównać z żadnym zabiegiem operacyjnym, choćby on był „najbezpieczniejszy". Hołdując tej naczelnej zasadzie, musimy w przypadkach wątpliwych zachować stanowisko wyczekujące, które — jak doświadczenie niejednokrotnie pouczyło — stawia dany przypadek *ex post* w innem oświetleniu, aniżeli przedstawiał się on na początku porodu. Mamy tu na myśli oczywiście przypadki graniczne, wątpliwe i to w stosunku do wszystkich powikłań, a przedewszystkiem do ścieśnienia miednicy, w którem obok wszystkich innych czynników, jak wielkość płodu, zdolność główki do konfiguracji i t. d., ten czas wyczekiwania i obserwacji porodu zezwala nam na kontrolę samej funkcjonalnej wydajności mięśnia macicy. Tej właśnie dynamicznej wydajności nie możemy najczęściej zgóry przewidzieć, a przecież codzienne doświadczenie poucza nas, że ona właśnie ma bardzo często decydujące znaczenie w przebiegu porodu i to nawet w przypadkach dość znacznego stopnia ścieśnienia miednicy. *Ceteris paribus* możemy to samo powiedzieć o innych powikłaniach ciąży wzgl. porodu, jak łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego, zatrucia ciążowe i t. d., w których to powikłaniach obok przypadków ciężkich, nadających się — jak to wyżej zaznaczyłem — zgóry tylko do cięcia cesarskiego, mamy przecież cały szereg przypadków granicznych, w których rozważać musimy stan ogólny rodzącej, stan jej dróg porodowych (stopień rozwarcia wzgl. cechy konstytucjonalne), nasilenie krwawienia wzgl. stopień ciężkości zatrucia ciążowego i t. d. i t. d.

Takie stanowisko naszej Kliniki tłumaczy, że mimo całego uznania dla rozwoju i stosowania cięcia cesarskiego, samo powikłanie tylko w nielicznych i zupełnie wyjątkowych przypadkach stanowiło wskazania do tego zabiegu (IV stopień ścieśnienia miednicy). Wszystkie zaś inne przypadki ocenialiśmy wedle dwu następujących zasad:

1. Skrajny konserwatyzm w przypadku niewykluczającym porodu siłami natury.

2. Zdecydowany radykalizm tam, gdzie uzasadnione rozumowanie każe przypuścić, że poród siłami natury lub jakiś inny zabieg narazić może matkę lub dziecko na większe niebezpieczeństwo.

Te zasady nie tracą na znaczeniu nawet w tych przypadkach, w których niema zdecydowanie cięższych powikłań, a tylko konstytucjonalny niedorozwój narządu rodnego, szczególnie jeśli przypadek dotyczy starszej pierwiastki.

Jeśli tedy na nasze zestawienia spojrzymy obecnie w świetle powyższych dwu zasad, to staje się jasnem, dlaczego na 80 przypadków zatruć ciążowych (łącznie z drgawkami porodowemi) stosowaliśmy cięcie cesarskie tylko w 19 przypadkach, a ze 127 przypadków łożyska przodującego tylko 26 rozwiązaliśmy tym zabiegiem. Nie wahaliśmy się natomiast stosować cięcia cesarskiego z takich wskazań ze strony matki, jak niedorozwój narządów rodnych, pierwotna niedomoga mięśnia macicy lub też z takiego wskazania ze strony płodu, jak zamartwica wewnątrzbłonowa.

Dr. Bolesław LECEWICZ. Dyrektor Szpitala. Nowy Targ.

Modyfikacja ustalającego opatrunku podudzia.

Ze Szpitala Powszechnego w Nowym Targu.

Jakkolwiek sztuka lekarska rozporządza znaczną ilością sposobów i przyrządów, pozwalających na pewne i celowe ustalenie kości podudzia przy złamaniach, to jednak każda modyfikacja, posiadająca zalety skomplikowanych sposobów, a znacznie prostsza w wykonaniu, jest bardzo pożądana zarówno w zakładach leczniczych ze względów oszczędnościowych, jak również i szczególnie w prywatnej praktyce, rozporządzającej najczęściej bardzo skromnemi środkami technicznemi. Do tego rodzaju modyfikacji należy podany tutaj sposób użycia opasek gipsowych i szyny drucianej Kramera do ustalenia złamanych kości podudzia z uwzględnieniem warunków, w jakich winna znaleźć się złamana kończyna w myśl nowożytnych poglądów na sprawę ustalania kończyn przy złamaniach. Od idealnego ustalającego opatrunku obecnie wymagamy, by 1) pozwalał prawidłowo i pewnie ustalić odłamki, 2) umożliwiał wykonywanie ruchów kończyny, zbliżonych do normalnych, szczególnie w sąsiednich stawach bez niekorzystnego wpływu na miejsce złamania, 3) umożliwiał postawienie chorego jaknajwcześniej w warunki zbliżone do normalnych, a więc pozwalał choremu używać kończyny przy chodzeniu natychmiast po założeniu opatrunku. Pragnąc zapewnić chorym trzy te zasadnicze warunki, od których zależy w wielkiej mierze szybkie i pewne wyleczenie, stosuję modyfikację gipsowego opatrunku ze strzemieniem, którą wykonuję w następujący sposób: Po dokładnem obmyciu ciepłą wodą i mydłem kończyny, wygoleniu włosów i obmyciu skóry rozcieńczonym spirytusem odprowadzam odłamki do prawidłowej pozycji i oddaję asystentom kończynę do trzymania w ten sposób, iż jeden z nich ujmuje stopę za piętę i za grzbiet stopy bądź w palce obydwu rąk, bądź też przy znacznej dyslokacji i silnie rozwiniętych mięśniach w pętlę z opaski kalikotowej, nasmarowanej wazeliną, a obejmującą stopę w stawie skokowym górnym, od której to pętli po bokach odchodzą dwa końce, za które asystent pociąga z potrzebną siłą; górna zaś połowa kończyny spoczywa na dłoni drugiego asystenta, lub na miękkim wałku. Po nasmarowaniu skóry cienką warstwą wazeliny nakładam na boczne powierzchnie kończyny szynę gipsową, zrobioną na stole z 3-ch lub 4-ch opasek gipsowych. Szyna ta obejmuje po bokach kończynę od 1/3 dolnej uda, pod stopą zaś tworzy strzemię, oddalone około 4 cm od podeszwy stopy, gdzie przed założeniem szyny wkładam tej grubości wałek z waty. Szynę gipsową okrężnemi turami opaski kalikotowej mocno przytwierdzam do kończyny. Celem wzmocnienia dolnej części opatrunku, szczególnie zaś strzemienia, na dolną połowę szyny gipsowej nakładam dostosowaną poprzednio szynę drucianą Kramera, którą zapomocą opaski gipsowej spajam z tą szyną. Cienką warstwą okrężnie obiegającej opaski gipsowej pokrywam cały opatrunek. Po stężeniu gipsu wyjmuję wałek z waty i pętlę po przecięciu z boku węzła tej pętli. Kończyna ujęta jest z obydwu stron w szynę boczną gipsową, z przodu i z tyłu niestykającą się brzegami na przestrzeni od 2 do 4 cm. wzmocnioną w dolnej połowie szyną drucianą Kramera, oraz w cienką warstwę okrężnie przebiegających opasek kalikotowych i gipsowych. Natychmiast po założeniu opatrunku chory może wykonywać ruchy w stawie skokowym oraz w stawie kolanowym po odgięciu brzegów opatrunku przeciętego ponad tylną powierzchnią uda w kształcie odwróconej litery T, poziome ramię której przebiega ponad przegubem stawu kolanowego. Ta część opatrunku po skrępowaniu okrężnemi turami opaski kalikotowej spełnia swą rolę ustalającą podczas chodzenia. Natychmiast po zaschnięciu opatrunku chory może chodzić o lasce lub kuli, przyczem ciężar działający na kończynę przy chodzeniu przenosi się ze strzemienia na powierzchnię podudzia tuż poniżej stawu kolanowego, oszczędzając podudzie. Po tygodniu wycinam okno ponad miejscem złamania celem periodycznej kontroli ustalenia odłamków, a w razie potrzeby zakładam wałki z waty na sąsiedztwo złamania i przez ucisk zapomocą opasek poprawiam pozycję odłamków. Chorzy w tym opatrunku przy użyciu laski lub kuli chodzą, odczuwając ból w miejscu złamania w pierwszych 10 dniach, później skarżą się tylko na ucisk opatrunku przy chodzeniu na okolicę poniżej stawu kolanowego. Po 4 do 5 tygodniach kości są zwykle zrośnięte, ruchy w stawach są normalne, a tylko częściowy zanik mięśni podudzia i zgrubienie w miejscu złamania świadczą o przebytej chorobie. Opatrunek tego rodzaju nadaje się przedewszystkiem w przypadkach zwykłych złamań kości podudzia. Celowy jest również w przypadkach powikłanego złamania, niewymagającego okrężnego okna, szczególnie zaś w przypadkach, gdzie założone zostały szwy kostne, gdzie gojenie przebiega bez ropienia, bądź też z nieznacznem ropieniem. Przedstawiam kilka przypadków, w których podany sposób okazał się szczególnie korzystny.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny J. Z. L. pr. 428/34, 65 lat liczącego, z wybitnemi zmianami starczemi, miażdżycą naczyń krwionośnych, rozedmą płuc, niedołężnego, u którego stwierdziłem powikłane złamanie w dwu miejscach kości goleniowej prawej, w 1/3 górnej i 1/3 dolnej, ranę przedniej powierzchni podudzia, długości około 5 cm. z której sterczał koniec odłamka, oraz złamanie kości strzałkowej w 1/3 dolnej. W miejscowem znieczuleniu po nastrzykaniu $^1/_2$% roztworem nowokainy z adrenaliną sąsiedztwa kości założyłem cztery szwy druciane, a po czterokrotnem skręceniu końce wyprowadziłem nazewnątrz celem bezkrwawego wyjęcia szwów po zrośnięciu się kości przez odkręcenie końców i odcięcie z każdego szwu jednego z nich. Brzegi rany zeszyłem pojedynczemi szwami jedwabnemi. Na podudzie założyłem opatrunek powyżej opisany, a przez wycięte z przodu okna robiłem opatrunki ran podudzia, brzegi których wskutek stłuczenia częściowo obumarły. Chory spowodu ogólnego osłabienia mało chodził, więcej siedział, opuszczał kończynę, poruszał w stawie skokowym oraz w stawie kolanowym po przecięciu opatrunku z tyłu powyżej stawu kolanowego. Po pięciu tygodniach stwierdziłem zrost trwały zeszytych kości w 1/3 górnej, zrost wiotki w 1/3 dolnej kości goleniowej, ruchy w stawach kończyny normalne; gojenie zaś ran trwało znacznie dłużej.

Drugi przypadek dotyczył kobiety lat 48 liczącej, M. M. L. pr. 485/34, licho zbudowanej i odżywionej, anemicznej, z chronicznemi gruźliczemi zmianami w płucach, u której stwierdziłem złamanie skośne w połowie kości goleniowej prawej z rozerwaniem okostnej i przemieszczeniem odłamków. Założyłem podobny opatrunek i chora natychmiast po zaschnięciu zaczęła chodzić, w pierwszych dwu tygodniach odczuwając niewielki ból w miejscu złamania kości oraz ból uciskowy w okolicy poniżej stawu kolanowego. Po 4 tygodniach stwierdziłem zrost prawidłowy trwały w miejscu złamania, ruchy w stawie skokowym i kolanowym normalne.

Trzeci przypadek dotyczył mężczyzny, lat 37 liczącego W. Cz. L. pr. 467/34, miernie zbudowanego i odżywionego, bez wybitnych zmian ogólnych, u którego stwierdziłem złamanie skośne z przemieszczeniem odłamków i krwiakiem w 1/3 dolnej kości goleniowej lewej. Założyłem podobny opatrunek na podudzie. Wczesne chodzenie korzystnie wpłynęło nietylko na szybkie i prawidłowe gojenie się złamanej kości, lecz również na szybkie ustępowanie zmian, jakie wytworzyły się w związku z potłuczeniem klatki piersiowej i płuc, zapobiegając wystąpieniu cięższych powikłań zapalnych w płucach. W innych przypadkach zwykłych złamań kości podudzia uzyskałem szybkie wyleczenie, a zwykle w piątym tygodniu poza ścieńczeniem podudzia i zgrubieniem w miejscu zrostu kości innych żadnych następstw przebytego złamania nie stwierdzałem. Stosowałem również tego rodzaju opatrunek w schorzeniach gruźliczych kości stępu, uzyskując dobre oszczędzenie stawu skokowego i kości stępu przy chodzeniu oraz swobodę w zdejmowaniu opatrunku

do naświetlania i innych zabiegów. Wszyscy chorzy leczeni spowodu złamań w szpitalu, są poza normą dokarmiani, przyjmują wapń, witawit oraz ogólne naświetlanie słońcem lub lampą kwarcową. Podany tutaj opatrunek celowy, lekki, tani, łatwy w wykonaniu, umożliwiający ambulatoryjne leczenie tych schorzeń, odpowiada całkowicie warunkom, stawianym tego rodzaju opatrunkom, w myśl nowożytnych poglądów medycyny, zalecających utrzymanie procesów życiowych na odpowiednim poziomie nietylko w uszkodzonym organie, lecz również w całym ustroju celem uzyskania dobrych wyników nietylko miejscowych lecz i ogólnych.

Dr. Zdzisław ŚWIDER. Pabjanice.

Zwapnienia płucne, jako ogniska czynnej przewlekłej sprawy swoistej.

Z Poradni Przeciwgruźliczej Ubezp. Społecznej w Pabjanicach. Kierownik: Dr. Zdzisław Świder.

Zwapnienia płucne, t. j. zwapniałe i jakoby wygojone zupełnie ogniska gruźlicze w płucach, były dotąd przedmiotem zainteresowania raczej anatomo-patologów, niż klinicystów.

Badania histo-patologiczne pozornie zupełnie martwych, a więc nieczynnych ognisk gruźliczych wykazały już dawno częstą obecność w nich żywych prątków gruźlicy, badania nowsze — niezupełne wyodrębnienie tych ognisk od otaczającej je zdrowej tkanki płucnej, — brakło jednak do ostatnich czasów dokładnych odpowiedników klinicznych omawianych zmian morfologicznych.

Pod zwapnieniami płucnemi rozumiemy tu zarówno zwapnienia w samych płucach, jak i w gruczołach wnękowych. Zwapnienia płucne, w ścisłem znaczeniu tego słowa, t. j. zwapnienia w miąższu płucnym, podzielimy skolei na 2 grupy: zwapniałe ogniska pierwotne oraz zwapnienia późniejsze. Badania anatomo-patologów dotyczyły dotychczas przeważnie zwapnień płucnych późniejszych, mniej zaś ognisk pierwotnych.

Z klinicystów zajął się ostatnio sprawą zwapnień płucnych Chmielnitzky. Autor ten wykazał, że zwapnienia te ulegają często rozpadowi wskutek aktywowania drzemiącej w nich sprawy swoistej. Wyrazem tego rozpadu jest występowanie w plwocinie chorych grudek wapna oraz okruchów zwapniałych i niezmienionych włókien sprężystych; autor stwierdzał stale wtedy w plwocinie chorych obecność prątków gruźlicy. Badania Chm., oparte na danych rentgenologicznych (nacieki dokoła dawnych zwapnień) i analitycznych (bad. plwociny) wyjaśniają mechanizm bezpośredniego powstawania w płucach zmian nowych (nowych nacieczeń) na tle dawnych zwapnień, jako podłoża podostrej, prątkującej gruźlicy płuc, — nas interesowała natomiast sprawa przypuszczalnej roli zwapnień płucnych w patogenezie różnych niedomagań przewlekłych.

Przytoczona wyżej praca Chm. stanowi pierwszą w piśmiennictwie fachowem publikację, dotyczącą, poza zwapnieniami późniejszemi, uczynnienia u ludzi dorosłych zwapniałego pierwotnego ogniska płucnego; drugą jest, o ile mogłem wnioskować z dostępnego mi piśmiennictwa, praca Świdra ogłoszona w r. 1931 w „Gruźlicy" p. t.: „O aktywowanym zespole pierwotnym płuc u dorosłych"; Ś. omawia tu bardziej łagodną postać aktywowania ogniska pierwotnego, nieprowadzącą do rozpadu, a więc do prątkowania.

W przypadku tym, dotyczącym uczennicy l. 18, mieliśmy do czynienia ze zwykłym zespołem pierwotnym (zwapniałe ognisko płucne, połączone ze zwapnieniami we wnęce), w którym uległo uczynnieniu ognisko płucne. Wyrazem tego uczynnienia było wystąpienie świeżego nacieczenia w postaci bladego cienia dokoła wysyconego cienia tego ogniska — oraz nacieczenia dalszego w postaci przerzutów podobojczykowych. Dwa szczegóły zasługują tu na uwagę: 1) względnie łagodny przebieg przypadku. 2) wystąpienie uchwytnych rentgenologicznie nacieczeń dokoła-ogniskowych i podobojczykowych. Te ostatnie czynią prawdopodobnem negowane przez innych autorów powstawanie na tej drodze nacieków podobojczykowych, jako endogenicznego przerzutu z ogniska pierwotnego. Występowanie tych zmian staje się zrozumiałe w świetle badań histo-patologicznych Huebschmanna. H. stwierdził, że włóknista torebka, otaczająca „wygojone" ognisko płucne, nie stanowi bynajmniej błony, osłaniającej to ognisko szczelnie. Nawet w ogniskach zupełnie „nieczynnych", t. j. bez odczynu ze strony otaczającej je tkanki płucnej, widać pomiędzy blaszkami torebki pojedyncze komórki olbrzymie; również typowe świeże gruzełki możemy znaleźć w tych makroskopowo zupełnie niepodejrzanych ogniskach. W tych przypadkach torebka jest jakby rozpulchniona miejscowo; pojedyncze gruzełki można znaleźć nawet zzewnątrz torebki.

Poza tym przypadkiem czynnego zwapniałego ogniska pierwotnego obserwowałem w poradni szereg chorych z innemi zwapnieniami płucnemi; i tu również nie można było przyjąć innego wytłumaczenia dla stwierdzanych objawów klinicznych, jak uczynnienia tych zwapnień, jakkolwiek badanie rentgenologiczne nie wykazało żadnych nacieczeń dokoła zwapnień, a badanie plwociny, wykonane wielokrotnie, nie wykryło nigdy prątków gruźlicy.

Kilkanaście przykładów wyjaśni tę rzecz bliżej.

Przyp. 1. Marja G., l. 40, gospodyni. Zgłosiła się do poradni w lutym r. 1930 spowodu bólów pod lewą łopatką oraz kaszlu. T° normalna. Roentgen: dwa kuliste zagęszczenia w okolicy odwnękowej lewej. Po 2 tygodniach bóle większe; t° 37,2. Po pewnym czasie poprawa; chora nie przychodzi do poradni. Zgłasza się ponownie po 2 latach z temi samemi skargami, t° 37,2. Roentgen kontrolny: płuca bez wyraźnych zmian, kilka zwapnień w lewej wnęce. Po 2 miesiącach poprawa samopoczucia, stopniowy przyrost wagi, t° normalna. Przypadek ten odpowiada klinicznie badaniom anatomo-patologicznym Ghona: aktywacja sprawy swoistej w gruczołach wnękowych pomimo istniejących zwapnień.

Przyp. 2. Helena N., l. 37, robotnica. Zgłasza się do poradni w styczniu r. 1931 spowodu kaszlu. Wysłuchowo pojedyncze rzężenia drobnobańkowe w okolicy kąta łopatki lewej. Roentgen: duże zwapnienie w szczycie lewym i obu wnękach. Po 2 miesiącach samopoczucie dobre. Zgłasza się ponownie po upływie $1\frac{1}{2}$ roku z t° 37,3 i dawnemi skargami. Zmiany wysłuchowe w pobliżu dolnego bieguna wnęki lewej. Roentgen kontrolny: poza zwapnieniami dawnemi obecnie jeszcze kilka drobnych zwapnień w szczycie prawym. A więc, pomimo istniejących zwapnień we wnękach i szczycie lewym, nastąpiło znowu aktywowanie się sprawy swoistej w lewej wnęce; zresztą była ona czynna niewątpliwie, choć w stopniu słabszym, przez cały czas, czego dowodem są nowe przerzuty, już „wygojone" — w postaci drobnych zwapnień w prawym szczycie.

Zarówno w tym przypadku, jak i w poprzednim, rentgenolog podkreślał w orzeczeniu, że „cieni o charakterze zmian czynnych nie widać", to znaczy że brak było wyraźnych nowych nacieczeń w postaci subtelnych cieni plamistych. Jednak umiejscowienie objawów wysłuchowych, odpowiadające istniejącym zwapnieniom, podwyższona t° i skargi ogólne przemawiają za czynną sprawą swoistą w obrębie tych zwapnień: przypuszczalnie powstaje nacieczenie około-ogniskowe dokoła zwapnienia, jednak tak drobne (przezroczyste), że nie daje się uchwycić zapomocą badania rentgenologicznego.

Znajomość tego rodzaju przypadków posiada doniosłe znaczenie praktyczne, bowiem w praktyce codziennej nie pamięta się o badaniach anatomo-patologów, którzy stwierdzili często pozorne tylko „wygojenie" ognisk gruźliczych (zwapnień). Chorych naogół się nie prześwietla, traktując tego rodzaju przypadki, jako niestrawność, lekką grypę i t. p. Ale nawet wtedy, gdy lekarz, zgodnie z wymaganiami nowoczesnemi, wiedząc o możliwości istnienia nawet rozległych zmian gruźliczych pomimo ujemnych wyników badania klinicznego — poleci prześwietlić chorego, prześwietlenie to nic mu nie da. Bowiem rentgenolog uspokoi go orzeczeniem: „brak czynnych zmian swoistych"... i będzie w porządku ze swego punktu widzenia. Rentgenolog stwierdzi bowiem tylko brak uchwytnych rentgenologicznie zmian czynnych, co nie przesądza jeszcze możliwości ich istnienia wogóle. Natomiast obserwacja długotrwała tego rodzaju chorych, możliwa tylko w poradni, a nie w praktyce prywatnej, wykazuje okresy pogorszenia i dobrego samopoczucia, związane ze staremi zwapnieniami w płucach. Ważne są tu dla nas, jak to już podkreślaliśmy, objawy lokalne: występujące zawsze w okresie pogorszenia w danem miejscu rzężenia wilgotne, bóle i t. p. Dlatego też, pomimo ujemnego wyniku badania rentgenologicznego, niewykrywającego żadnych plamistości, należy starać się powiązać objawy ogólne, jak: podwyższenie t°, osłabienie, wychudzenie, ze zwapnieniami zwłaszcza w razie wystąpienia tych zaburzeń ogólnych jednocześnie z objawami miejscowemi; należy jednak wykluczyć z całą pewnością ewentualną inną przyczynę zaburzeń natury ogólnej.

Przytoczymy teraz kilka przypadków, będących w dłuższej obserwacji.

Przyp. 3. Wiktorja R., l. 34, gospodyni. Skierowana do poradni spowodu ogólnego osłabienia oraz bólów w plecach, trwających już od paru miesięcy. Badanie dnia 19. IX. 1930 r. stwierdza, co następuje. Waga 49,8 kg. T° 36,4. Po kaszlu rzężenia wilgotne drobnobańkowe w połowie łopatki lewej. Roent-

gen: kilka drobnych zagęszczeń w pobliżu wnęki lewej. Po 10 dniach samopoczucie lepsze, waga 50,4 kg, rzężeń brak, ale t° 37,2. W początkach listopada waga wynosi już 51 kg, bóle ustąpiły, rzężenia tylko pojedyncze. t° 37,2. Potem okres bezgorączkowy. Pogorszenie następuje po 3 kwartałach, w sierpniu roku 1931. Znowuż bóle, kaszel, t° 37,4. Roentgen: drobne zwapnienia w lewej wnęce. Po kilku tygodniach, w końcu września, t° normalna, rzężeń brak zupełnie, przyrost wagi o 2½ kg. W lutym 1932 skargi na bicie serca, wysluchowo *nihil*, t° 37,1. W marcu tegoż roku, po „grypie", t° 37,6, silny ból pleców, zwłaszcza pod lewą łopatką; rtgen jak we wrześniu r. 1931. Sprawa trwa przez kwiecień i początek maja 1932. Wtedy t° już normalna, wysł. *nh.*, jednak osłabienie. Zgłasza się w początkach marca 1933 r. z t° 37,2, waga 51½ kg. W połowie maja t° normalna, ale waga nieco mniejsza. Wysł. *nh.*, anemja. W czerwcu stan bez zmiany: anemja. Roentgen kontrolny: liczne zwapnienia w lewej wnęce.

Zdawałoby się, że opisuje się tu banalny przypadek adenopatji wnękowej u człowieka dorosłego, jednak dokładne rozpatrzenie tego przypadku pozwoli nam zanotować pewien ważny szczegół. Pierwsze badanie rentgenologiczne wykryło u chorej naszej drobne zagęszczenie w lewej wnęce, serja następnych prześwietleń kontrolnych dawała stale tylko jeden obraz: drobne zwapnienia w l. wnęce, a więc pozornie brak zmian czynnych. Natomiast klinicznie stwierdziliśmy u naszej chorej w ciągu 3 lat 4 okresy pogorszenia: w sierpniu 1930 r., w sierpniu 1931 r., w marcu 1932 i w marcu 1933 r. Za każdym razem skok t°, prawie zawsze rzęż. w lewej okolicy odwnękowej, ewentualnie bóle tutaj. Ostatnio, podkreślamy to, brak rzężeń, brak podwyższonej t°, ale zato ubywanie na wadze i uporczywa anemja, jako objawy czynnej przewlekłej, a niewystępującej skokami, jak poprzednio, sprawy swoistej. W poprzednich okresach pogorszenia objawom ogólnym towarzyszyły objawy miejscowe, i to właśnie pozwalało nam wiązać te objawy ogólne z aktywowaniem sprawy swoistej w obrębie zwapnień. Obecnie zmiany miejscowe nie wystąpiły. Przeto lekarz-praktyk, nie znając związku przyczynowego, jaki może zachodzić między ogólnemi niedomaganiami chorego a zwapnieniami, zwłaszcza gdy bada chorego w okresie, kiedy brak objawów lokalnych (bólów i rzężeń), zadowoli się rozpoznaniem „anemji", „anoreksji" i t. p. Natomiast kilkuletnia obserwacja tego rodzaju chorych, wykazująca związek przyczynowy między stwierdzanemi objawami a owemi zwapnieniami, dalej wobec braku jakiejkolwiek innej uchwytnej przyczyny dla tych niedomagań — każe źródła ich szukać w tych, pozornie niewinnych zwapnieniach, każe traktować podejrzliwie każde takie, wykryte przez rentgenologa zwapnienie.

Przyp. 4. Marjan M., l. 22, ekspedjent. Przebywał na Oddziele Wewnętrznym Szpitala Ubezpieczalni przez 3 tygodnie spowodu ogólnego osłabienia, wybitnej niedokrwistości i stanu podgorączkowego. Prześwietlenie, wykonane wówczas, wykazało: „Zwapnienie kuliste na tle szczytu prawego, dwa zwapnienia w lewej wnęce. Zmian czynnych nie widać". Badanie w poradni wykazało skrócenie opuku nad szczytami, wydech wydłuż., furczenia w płatach górnych. Chory wątły, blady, ciepłota ciała normalna. Ten stan osłabienia stale się pogarsza pomimo stosowania różnych leków tonizujących. Chory otrzymuje przeto kilkutygodniowy urlop zdrowotny i wyjeżdża na wieś. Samopoczucie poprawia się tam w stopniu niewielkim. Po powrocie nagle krwioplucie. Roentgen wykazuje wtedy poza zwapnieniami dość silne zagęszczenie obu wnęk, zwł. lewej. Osłabienie ogólne wzmaga się przy zachowanej stale normalnej ciepłocie ciała. M. zostaje wysłany do sanatorjum. Przebywa tam przez 2 miesiące. Jest bodaj jedynym z grupy towarzyszy, który zupełnie się nie poprawia, raczej przeciwnie: t° podnosi się do 37,5°. W ciągu trwającej dalej 10-miesięcznej obserwacji stwierdzamy okresy niewielkiej poprawy oraz pogorszenia, przybytku na wadze i ubywania, często przy normalnej temperaturze. Roentgen kontrolny po roku, w okresie poprawy ogólnej, wykazał również poprawę, gdyż zagęszczenia wnęk ustąpiły; pozostały tylko zwapnienia i wzmożenie rysunku odwnękowego. W przypadku tym zwracają na siebie specjalną uwagę skargi chorego „natury neurastenicznej" i niedokrwistość. Wyrazem czynnej sprawy swoistej, przy normalnej t° jest również wystąpienie krwioplucia. Punkt wyjścia tej *chroniosepsis tuberculose* stanowiły znowuż niewątpliwie zwapnienia w lewej wnęce, (a nie zwapnienia w szczycie prawym), gdyż pierwsze prześwietlenie nie wykazało zagęszczenia cieni wnękowych, co stwierdziło następne badanie rentgenologiczne. W poprzednich przypadkach za lokalizacją sprawy czynnej w obrębie danego zwapnienia przemawiało występowanie w danej okolicy bólów czy rzężeń wilgotnych. Tych objawów lokalnych tutaj nie stwierdziliśmy, na plan pierwszy wysuwały się objawy ogólne, zatruciowe. Pierwsze badanie rentgenologiczne nie mogło wykazać jeszcze zmian czynnych, gdyż niewątpliwie niewielkie nacieczenie dokoła zwapnień wnękowych było jeszcze przezroczyste dla promieni rentgenowskich. Jednak objawy kliniczne przemawiały już wtedy za sprawą czynną, która, nasilając się stale, spowodowała wystąpienie krwioplucia oraz nacieczenia przywnękowego. Badanie kontrolne, wykonane po upływie roku, wykazało już tylko wzmożenie rys. odwnękowego; w następnym okresie pogorszenia obraz rentgenologiczny pozostał przecież bez zmiany, świadcząc dobitnie o tem, że brak uchwytnych optycznie na ekranie rentgenologicznym zmian nie świadczy jeszcze o ich braku wogóle.

Przyp. 5. Władysława L., l. 30, robotnica. Skierowana została do poradni spowodu męczącego kaszlu, kłucia w piersiach i silnych potów nocnych. T° 37,1. Waga 48,8 kg. Roentgen: liczne zwapnienia, rozsiane w całem polu płuca lewego i wnęce lewej; pozatem zmian czynnych nie stwierdza się. Pomimo upomnień nie leczy się. Zgłasza się po roku ze skargami na bóle pod lewą łopatką. Wysł. poj. rzęż. wilg. drobnobańk. nad grzeb. łopatki lewej, t° 37,5, waga 49,7 kg. Roentgen kontrolny, wykonany obecnie, a zatem po upływie roku od chwili pierwszego badania, brzmi, jak następuje: „Zwapnienia w lewym górnym płacie. Cieni o charakterze zmian czynnych nie widać". Po tygodniu samopoczucie lepsze, rzężeń wilgotnych brak, t° tylko 37,2, przyrost wagi do 51,4 kg. Po 10 dniach znowuż gorsze samopoczucie i ubywanie na wadze przy normalnej t° ciała.

W przypadku tym znowu objawy miejscowe, t. j. bóle i rzężenia, odpowiadały miejscowym zwapnieniom przy braku jakichkolwiek uchwytnych rentgenologicznie nacieczeń; tym objawom miejscowym towarzyszyły ogólne — w postaci podniesionej t° i osłabienia. Poprawie miejscowej (ustępowaniu rzężeń) odpowiadało zwalnianie natężenia objawów ogólnych: gorączki i osłabienia. Jednak nie zawsze wszystkie objawy występowały równolegle, bowiem pogorszenie samopoczucia („nerwowe" osłabienie) oraz ubywanie na wadze występowało również przy normalnej t° ciała oraz braku jakichkolwiek rzężeń. Ale i wtedy objawy te traktowaliśmy, jako wyraz pewnego choć niezbyt wybitnego, nasilenia się sprawy swoistej. Przypadek ten znowuż poucza nas o konieczności podejrzliwego traktowania w praktyce codziennej chorych ze zwapnieniami płucnemi, zwłaszcza wtedy właśnie, gdy podczas pierwszego badania chorego brak 2 tak ważnych objawów, jak podwyższonej ciepłoty ciała oraz miejscowo rzężeń wilgotnych. Nie wolno nam wtedy lekceważyć przypadku wobec braku na ekranie zmian czynnych. Pamiętając o możliwości trwania przewlekłej sprawy czynnej w okresie względnego utajenia, winniśmy przypadek taki mieć w dłuższej obserwacji, a wtedy wystąpienie po pewnym czasie wyraźnego już skoku choroby potwierdzi przypuszczalne nasze początkowe rozpoznanie przewlekłej sprawy swoistej, tkwiącej w „wygojonych" zwapnieniach.

Przyp. 6. Wawrzyniec B., l. 47, krawiec. Leczył się w ambulatorjum wewn. Ubezp. przez 2 tygodnie spowodu kaszlu. Koch —.

Badanie w poradni wykazało: przytłumienie nad prawym szczytem, wydech chuchający, poj. rzęż. wilg. drobnobańk. w tem miejscu. Waga 51,5 kg, t° 36,6. Skargi na dokuczliwy kaszel i obfite odkrztuszanie plwociny. Roentgen: liczne, drobne zwapnienia w prawym szczycie. Po 2 tygodniach samopoczucie lepsze, przyrost wagi o 1 kg. Badanie kontrolne po 3 miesiącach wykazuje dużą poprawę: brak rzężeń w prawym szczycie, dobre samopoczucie, przyrost wagi znowuż o 3 kg: waga obecnie 55,9 kg.

W danym przypadku mieliśmy zatem do czynienia z zaostrzeniem się sprawy swoistej w obrębie zwapnień, czego wyrazem był męczący kaszel, ubywanie na wadze, wysł. rzęż. wilg. Po jakich 4 mies. sprawa uspakaja się, znika kaszel oraz rzężenia, waga podnosi się o przeszło cztery kg.

Wychodząc z założenia, że zwapniałe ogniska gruźlicze w płucach mogą być źródłem przewlekłego zatrucia ustroju i przyczyną różnych niedomagań, zdobyłem się na odwagę zastosowania w 2 takich przypadkach odmy pomimo braku wskazań klasycznych.

Przyp. 7. Róża C., l. 22, przy rodzicach. Leczyła się w ambulat. centr. Ubezp. od grudnia 1929 r. przez 2 mies. spowodu uporczywego bólu głowy, niedokrwistości braku apetytu oraz kaszlu. T°, nie stale, do 37,2. Badanie w poradni w dniu 4. III. 1930 r. stwierdziło drobno- i średniobańkowe, nieliczne rzęż. wilgotne w lewym górnym płacie. Chora wysoka, blada, b. osłabiona. Waga 46,2 kg, t° 36,6. Roentgen z dnia 21. III.: drobne zwapnienia w szczycie i okolicy podobojczykowej lewej, pole płucne prawe bez wyraźnych zmian. Pomimo po-

dawania chorej najrozmaitszych środków wzmacniających stan jej nie poprawiał się: duże osłabienie. Stan ten trwał do maja 1930 r., waga wynosi wtedy 45,5 kg. Wówczas zastosowałem odmę lewostronną.

Waga początkowo, do połowy czerwca, spadła do 45 kg. później stan zaczął się stopniowo poprawiać: 20. VI. chora waży już 45,5 kg; 12. VII. — 46,9; 14. VIII. — 48,9 kg; 19. X. — 51,1; 28. XI. — 51,5 kg. Od grudnia r. 1930 do marca r. 1931 stan nieco gorszy, waga 50,5 kg, naogół jednak — w porównaniu z okresem przed odmą — duża poprawa w sensie przyrostu wagi i wydolności fizycznej. Wobec utrzymywania się stanu podgorączkowego (do 37,4) zaniechałem po upływie roku dalszego stosowania odmy, przypuszczając, że może uległy tu aktywacji utajone ogniska we wnęce prawej. W każdym razie, znaczna poprawa ogólna chorej, ustąpienie osłabienia, bólu głowy i anemji, przyrost 6 kg wagi — wszystko to świadczy, że zatrucie ustroju było powodowane głównie przez pozornie tylko drobne zmiany w pł. lewem, a w istocie, jak przypuszczamy, przez bardziej rozległe, choć nieuchwytne dla promieni rentgenowskich, nacieczenia dookoła widocznych na ekranie ognisk.

Bardziej efektowny i przekonywujący jest wynik stosowania odmy w przypadku następnym.

Przyp. 8. Marja P., l. 30, robotnica. W obserwacji poradni od 9. IX. 1929 r. Skargi na bóle w plecach, zwł. pod łopatką prawą, oraz duszność i osłabienie. T° 37,2—37,6. Wysłuchowo tylko zaostrzenie oddechu w okolicach odwnękowych. Stały ubytek na wadze. Zostaje skierowana do sanatorjum w początkach stycznia 1930 r. Przebywa tam przez 2 miesiące. Stan podgorączkowy utrzymuje się: t° 37,2. Lekarz sanatoryjny odnotowywuje w karcie chorob.: brak apetytu, złe samopoczucie (osłabienie). Po powrocie bez poprawy — dalsze pogarszanie się stanu ogólnego. Roentgen w kwietniu 1930 r.: zwapnienia w prawym szczycie i prawej wnęce. W maju 1930: wysł. pojed. rzęż. wilg. w pr. wnęce. Wyczerpanie ogólne, senność. Roentgen kontrolny: zgrubienia opłucnowe w szczytach, zwapniałe ognisko wielkości ziarna grochu w prawem polu szczytowem. Drobne zwapnienia we wnęce prawej. Miąższ płucny pozatem bez zmian widocznych. Wobec trwania dolegliwości od dłuższego czasu, a braku jakiejkolwiek poprawy po leczeniu farmakologicznem i klimatycznem, zastosowałem w końcu maja odmę prawostronną.

Chora otrzymywała ją przez 1½ roku. W ciągu pierwszych 6 miesięcy ustąpiła gorączka, już wcześniej — osłabienie i zły wygląd. Stopniowy przyrost wagi o 5 kg. Badanie kontrolne w końcu r. 1933, a więc w 2 lata po ukończeniu leczenia odmą, wykazało nadal zupełnie dobry stan, normalną t° ciała, zdrową cerę; wszelkie dolegliwości (bóle, duszność, osłabienie), jako objawy przewlekłego zatrucia ustroju, ustąpiły. Ten dodatni wynik leczenia odmą jest więc niezbitym dowodem, że źródłem wszystkich niedomagań były „wygojone", zwapniałe ogniska płucne pomimo „braku zmian czynnych w płucach" według orzeczenia rentgenologa.

Nie chciałbym, aby mnie mylnie rozumiano i posądzano o to, że traktuję każde zwapnienie płucne, jako przyczynę różnych zaburzeń i że zalecam tu stosowanie odmy. Jeśli zastosowałem ją w powyższych 2 przypadkach, to uczyniłem to: 1) ze względu na specjalnie uporczywe u naszych chorych, a pozbawiające je wszelkiej radości życia, niedomagania ogólne, które nie poddawały się żadnym innym metodom leczenia; 2) aby doświadczalnie udowodnić słuszność swych założeń, wierząc zarazem, że leczenie to przyniesie chorym ulgę.

Znajomość faktu, że zwapnienia płucne, pomimo „braku zmian czynnych", mogą być źródłem różnych dolegliwości, posiada duże znaczenie praktyczne: powoduje inne ustosunkowanie się lekarza do chorego (nie anemja, neurastenja i t. p., ale czynna przewlekła sprawa swoista), a przeto wpłynie i na jego postępowanie lecznicze (nie brom, walerjana i t. d., ale przedewszystkiem — leczenie klimatyczne; w przypadkach wyjątkowo uporczywych — ewent. próba ostrożnego zastosowania odmy).

Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Znaczenie odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego.

Wyniki odczynów zlepnych w przebiegu chorób zakaźnych często okazują niezwykłość zachowania się a to ze względu i na czas występowania i na wysokość miana. Dość często odczyn zlepny występuje pod koniec choroby lub dopiero w okresie pełnego ozdrowienia i okazuje zbyt niskie miano, podczas gdy z tym samym szczepem i w tej samej chorobie równocześnie stwierdzić można u innych chorych stosunki prawidłowe t. j. wystąpienie odczynu zlepnego we właściwym czasie i o wysokiem mianie, znamionach charakterystycznych dla danej sprawy chorobowej.

W durze plamistym stwierdzili Kostrzewski i Pawlikówna (P. G. L. Nr. 49. 1934), Dadej i Krahelska (Przegl. Lek. 1918, Nr. 1, 2, 3) pojawienie się u niektórych chorych miana zlepnego — i to zazwyczaj niskiego — zbyt późno; dopiero w końcowym okresie lub pełnego ozdrowienia, pomimo iż równocześnie u innych chorych durowych rzecz się miała przeciwnie. Zjawisko to potwierdzały wyniki kontrolne z innemi szczepami pracownianemi w innych pracowniach bakterjologicznych. Toteż w razie ujemnego wyniku odczynu zlepnego w danym przypadku nie należy wykluczyć duru plamistego na podstawie jednokrotnego badania, ale trzeba wykonywać badanie wielokrotnie; w przeciwnym bowiem razie można błędnie rozpoznawać zamiast duru osutkowego zakażenie grypowe — lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i t. d.

Serodiagnostyka zyskała w ostatnich czasach rozległe zastosowanie w medycynie praktycznej, skoro chodzi o ustalenie rozpoznania klinicznego, a zarazem i rokowania w chorobach zakaźnych. Wynik badania serologicznego stanowi dziś powszechnie w praktyce pozaszpitalnej lekarza niemal pewną *wytyczną* co do rozpoznania i leczenia choroby. W ciągu mej długoletniej działalności lekarskiej na oddziale chorób wewnętrznych (B) Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie, miałem sposobność na podstawie ścisłego i sumiennego badania i spostrzegania zauważyć, iż wydarzają się *względnie dość często* przypadki, w których na samym wyniku badania serologicznego wyłącznie polegać nie można. Toteż postanowiłem swego czasu przedstawić znaczenie odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego na podstawie własnych spostrzeżeń i innych zaczerpniętych z piśmiennictwa. Uczyniłem to w pracy „Serodiagnostyka a medycyna praktyczna" (Nowiny Lekarskie" 1926, Nr. 22). Końcowy ustęp odnośnej pracy opiewa: „Rozpatrując wyniki badania serologicznego dla celów lekarza praktykującego nie da się zaprzeczyć, iż one nieraz mogą się stać źródłem pomyłek rozpoznawczych. Zwłaszcza nie można opierać rozpoznania na jednorazowym tak dodatnim jak i ujemnym wyniku badania, gdyż surowica krwi w jednym i tym samym przypadku zmiennie aglutynuje różne szczepy bakteryj chorobotwórczych; badania należy uskuteczniać wielokrotnie i to równocześnie przynajmniej w 2 pracowniach. Nieraz wynik badania serologicznego, właściwy dla pewnej sprawy chorobowej, występuje w tak późnym okresie choroby, lub dopiero w czasie ozdrowienia, iż wartość jego naówczas staje się zbyteczną dla lekarza praktykującego, a niekiedy może go nawet w błąd wprowadzić ze szkodą dla chorego. Badanie serologiczne krwi chorych stanowi niewątpliwie bardzo znamienny postęp ze względów teoretycznych i naukowych; mniej w zastosowaniu dla medycyny praktycznej, gdzie conajwyżej jest ogniwem w łańcuchu objawów chorobowych. Dla lekarza praktykującego niezbitą wytyczną, gdy chodzi o postawienie pewnego rozpoznania w chorobach zakaźnych i o zastosowanie pewnego leczenia — jest *dowód mikroskopowy* w stwierdzeniu *prątka gruźliczego* Kocha, krętków Schaudinna, Obermeiera i *cholerycznych* Kocha; zarazków *wąglika*, Eberth-Gafky'ego, *nosacizny, grypy, błonicy; pasorzytów zimnicy; paciorkowców, gronkowców* lub *uzyskanie odnośnych hodowli tych bakteryj ze krwi lub wydzielin a prócz tego głównie spostrzeganie przy łóżku chorego*.

Odczyn serologiczny zdaniem naszem jest najprawdopodobniej wyrazem tylko zaburzeń w równowadze koloidowej w ustroju, wywołanych przez jakikolwiek bodziec chorobowy".

Dowody na te moje twierdzenia znajdują się w mej pracy ogłoszonej w r. 1926.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Prof. Dr. J. KOSTRZEWSKI. Kraków.
Dr. M. BILEK.

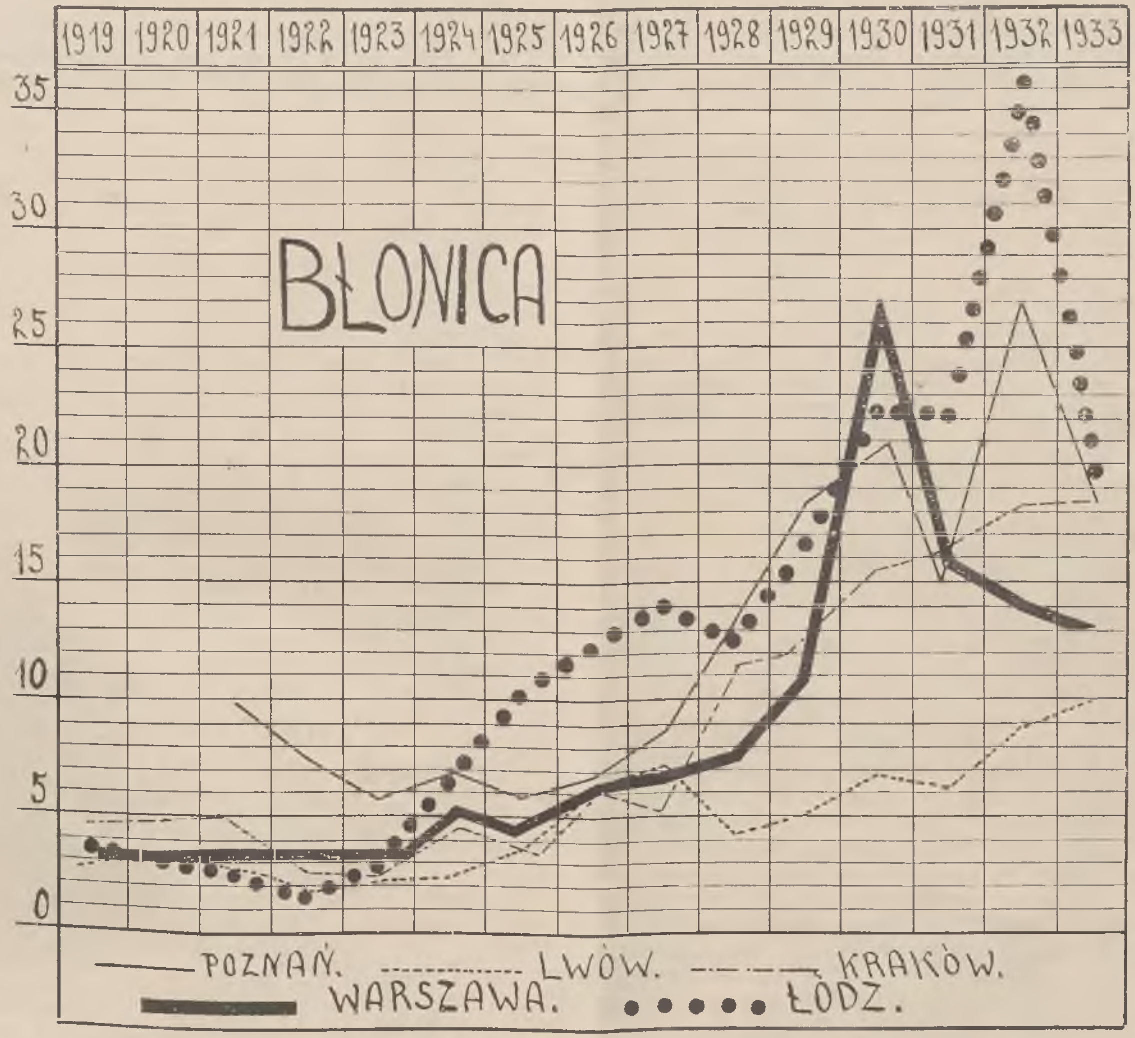
Błonica w miastach Polski.

Z Oddz. Chorób Zakaźnych Państw. Szp. św. Łazarza w Krakowie.

Przy opracowywaniu zagadnienia błonicy postępowaliśmy tak, jak wtedy, kiedyśmy się zajmowali sprawą duru brzusznego. Piszemy o tem z myślą, by się nie wdawać w szczegóły, o których już była mowa (1). Słusznem natomiast będzie w tem miejscu podnieść, że podobnie jak wówczas, taksamo i teraz.

chodzi nam wyłącznie o stałych mieszkańców miast. Podobnie jak dawniej, tak i obecnie uważamy za swój obowiązek złożyć podziękowanie W. P. Dyrektorowi Sarneckiemu i Mgr. Forysiowi za udostępnienie nam odpowiednich źródeł, a W. P. E. Rossetowi Naczelnikowi Łódzkiego Wydziału Statystycznego za podanie liczb dotyczących m. Łodzi.

Wynik opracowania przedstawiamy w tablicy. Objaśniamy, że liczby umieszczone na rzędnej oznaczają, ilu chorych przypada na 10.000 mieszkańców danego miasta.



Z tablicy widzimy, że od r. 1924 wzrasta ilość zachorowań na błonicę w każdem z omawianych miast.

Z tego zaś, co pisze Friedberger (2) i Zischynsky (3), wiemy, że w tym czasie rozpoczął się wzrost zachorowań na błonicę także w innych krajach i miastach Europy.

Piśmiennictwo:

1) P. G. L. 1934. Nr. 22. — 2) Friedberger: Diphtherieepidemien der letzten Jahre, das Heilserum und die Schutzimpfung. Berlin—Wien 1931. — 3) Zischynsky: Die Wiener Diphterie-Endemie der letzten Jahre. Berlin 1934. — 4) Nadto wydawnictwa wymienione w rozprawce podanej pod: 1).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Edmund MARGIEL. Lwów.
Lekarz Szpitala Powszechnego.

Rwa kulszowa, jej patogeneza i racjonalne leczenie.

Przez rwę kulszową *(ischias)* rozumiemy nerwoból, który ze splotu krzyżowego obejmuje nerw kulszowy i jego gałęzie. Nerw kulszowy wychodzi z włókien S_1—S_4. Rozdziela się powyżej dołu podkolanowego na nerw strzałkowy wspólny i piszczelowy *(n. tibialis)*. Niekiedy ten podział występuje w środku uda lub na początku splotu i to tłumaczy nierzadko stwierdzane nietypowe punkty bolesne. Nerw strzałkowy wspólny dzieli się na n. strzałkowy powierzchowny i głęboki, a nerw piszczelowy na podeszwowy środkowy i wewnętrzny *(n. plantaris medialis* i *lateralis)*. Często nerwoból obejmuje nerw skórny *(n. cutaneus femoris* (S_1, S_2, S_3)), który dzieli się na gałązki pośladkowe dolne *(r. clunium)*, unerwiające skórę okolicy pośladkowej.

Rwa kulszowa zachodzi częściej u mężczyzn w średnim wieku; we wieku dziecięcym prawie nigdy nie występuje. Wogóle jest trudno znaleźć różnicę i ustanowić ścisły podział między nerwobólem a zapaleniem nerwu, gdyż przejścia między temi obu postaciami są bardzo płynne. Przypadkowe badania anatomiczne albo zupełnie nie wykazują zmian w obrębie nerwu lub wykazują jedynie obrzęk osłonki nerwowej. Mikroskopowe badania Gubler-Robina, Lendeta, Hunta i Thomasa nie wykazały nic charakterystycznego.

W etjologji, więź (konstytucja) neuropatyczna nie ma większego znaczenia. Rwa kulszowa może się rozwinąć na podłożu dny. Według Gowersa i Hydé'a, najczęściej powstaje na tle dny. Kiła jest rzadko przyczyną, choć takie przypadki zdarzają się częściej, niż je podaje piśmiennictwo. Osobiście uważam kiłę za częstą przyczynę rwy kulszowej lub zapalenia nerwu kulszowego w obrębie korzonków i ten czynnik przyczynowy uważam w rozpoznaniu różniczkowem, obok cukrzycy za pierwszy. Z dalszych przyczyn należy wymienić zatrucie ołowiem, alkoholem i truciznami metalicznemi, wywołującemi zapalenie nerwu, pozatem gościec mięśniowy, przeziębienie, urazy, zawodowe zmęczenie nóg (Seeligmüller).

Zdarzają się często przypadki rwy kulszowej symptomatycznej, spowodu ucisku przez guzy macicy, guzy miednicy małej, ciążę, przerzynającą się główkę dziecka i t. p. Jest to specjalna postać rwy kulszowej.

Celem rozpoznania rwy kulszowej pochodzenia ośrodkowego stosuje E. Plate sposób podany przez Trousseau'a: bolesność przy ucisku wyrostków kolczastych kręgów.

W rwie kulszowej korzonkowej *(radicularis)* stwierdza się w płynie mózgowo-rdzeniowym bardzo wyraźne zmiany zapalne: zwiększoną ilość limfocytów, Pandy +, Nonne-Apelt +. Najczęstszą przyczyną tej postaci jest kiła. Zapalenie nerwu kulszowego daje charakterystyczne objawy jak: brak Achillesa, parestezję, porażenia, obniżenie pobudliwości faradycznej i silną bo-

lesność w punktach nerwowych. Według badań Slanck a, zmiany w obwodowym neurcnie już po 2—3 dniach odbijają się w odpowiedniej części mięśniowej. W rwie osób z cukrzycą najczęściej brak jest odruchów kolanowych *(pseudotabes diabetica)*. Nagłe, błyskawiczne, przeszywające bóle cechują nerwoból, który, według Lindstedta, jest sumą bodźców z przewlekłych zmian poza bezpośredniem sąsiedztwem nerwu.

Zwykle występuje rwa kulszowa po jednej stronie, rwa obustronna wymaga specjalnej ostrożności, gdyż po największej części jest ona tylko objawem jakiegoś ciężkiego schorzenia. *Duplex ischias non est ischias* — stare to zdanie, bardzo często ma swą realną wartość. Nierzadko jako przyczynę chorobową stwierdza się: schorzenia rdzenia kręgosłupa, kości krzyżowej, miednicy małej, choroby więziowe jak cukrzyca. Zdarzają się jednak przypadki czystej rwy kulszowej obustronnej.

Symptomatologja jest dokładnie znana. Chciałbym jedynie przypomnieć szereg objawów rzadszych i mniej znanych.

Objaw Neri: nachylenie tułowia ku przodowi w pozycji stojącej z kończynami górnemi skrzyżowanemi na piersiach, wywołuje zgięcie kończyny chorej w stawie kolanowym.

Objaw Gara: wrażliwość na ucisk wyrostka ościstego V kręgu lędźwiowego.

Objaw Laseguea w modyfikacji Bragarda: nogę zginamy przy wyprostowanem kolanie aż do uczucia napięcia, a wówczas zginamy stopę w kierunku grzbietowym — ruchowi temu towarzyszy ostry ból wzdłuż przebiegu nerwu piszczelowego i kulszowego.

Rozpoznanie rwy kulszowej bywa zbyt często stawiane i często mylnie. W diagnostyce różniczkowej uwzględnić należy następujące możliwości:

1) Uszkodzenie rdzenia *(cauda)*,
2) Schorzenia stawu biodrowego *(coxitis)*,
3) *Coxalgia nervosa*,
4) *lumbago*,
5) *hyperaesthesia plantaris*,
6) *claudicatio intermittens*.

O rwie kulszowej myślimy wtedy, gdy ból ogranicza się do przebiegu nerwu, niema danych objektywnych w kościach, stawach, mięśniach, niema porażeń, odczynu zwyrodnienia, zaników mięśniowych. Małe obniżenie pobudliwości faradycznej bezpośredniej zdarza się przy rwie kulszowej, nigdy jednak obniżenie pobudliwości galwanicznej. Tu i ówdzie spotyka się przy rwie kulszowej drżenia włókienkowe, czasem hipotermję, zmianę barwy skóry i zaburzenia wydzielnicze. Zdarzają się przypadki przejścia procesu zapalnego na cały splot krzyżowy; porażenie mięśni pośladkowych, mięśni brzucha (Liebesny). Prof. Straussler zwraca uwagę na objaw Bonneta w rozpoznaniu różniczkowem między rwą kulszową a zapaleniem stawu biodrowego *(coxitis)*. W tem zapaleniu są odwodzenie i skręcenie nazewnątrz bolesne, w rwie kulszowej zaś przeciwnie.

F. Francon i R. Merklen podali następujące punkty charakterystyczne dla zapalenia stawu biodrowego: objawy występują powoli, nieznacznie, w zapaleniu stawu chory umiejscawia ból w kolanie, nie jest gwałtowny, nie wykazuje promieniowania do tylnej strony nogi, w dalszym ciągu zaburzenia czynności stoją na planie pierwszym, chory nie może nóg skrzyżować. Skrzywienie boczne jest swą wklęsłością zwrócone ku stronie chorej, w zapaleniu stawu biodrowego przeciwnie. Bierne ruchy z wyjątkiem Laseguea są wolne w rwie w odróżnieniu od zapalenia stawu. Ucisk fałdu pośladkowego w zapaleniu stawu wywołuje bóle w okolicy pachwinowej, w rwie w punktach Valleixa, zanik lub zmniejszenie odruchu Achillesa, zaburzenia czucia, czego niema w zapaleniu stawu, które znów daje dodatni obraz rentgenowski i skrócenie nogi.

F. Kraus podaje kilkanaście przypadków nerwobólu nerwu strzałkowego i piszczelowego. Jest to częściowy objaw rwy kulszowej. Punkty bolesne występują za główką strzałki dla nerwu strzałkowego, zaś w mięśniu piszczelowym przednim dla nerwu piszczelowego. W przypadkach tych wziąć je można za bóle występujące przy płaskiej stopie. Przy płaskiej stopie bóle ustępują w nocy i ból ciągnie się od grzbietu stopy do kości piszczelowej, natomiast przy nerwobólu przeciwnie.

Zapalenie nerwu udowego i jego nerwoból *(neuritis i neuralgia cruralis)* są rzadkie. Często i mylnie przyjmowane są za rwę kulszową. Freund i S. Wassermann uważają te przypadki za częste. Zdarzają się czyste postacie rwy kulszowej i częste przypadki nerwobólu tego nerwu. Najważniejsze objawy są następujące: zaburzenia chodu, uczucie osłabienia, uwidoczniające się raczej przy schodzeniu schodami niż przy wchodzeniu. Z objawów przedmiotowych stwierdza się: zanik mięśni uda, zmniejszenie napięcia, przewrażliwienie skóry z przodu i boku uda. W ciężkich przypadkach obniżony odruch kolanowy po stronie chorej, skrzywienie boczne kręgosłupa po stronie przeciwnej.

Doc. Freund podaje następujący sposób badania nerwobólu n. udowego: chory leży na brzuchu ze zgiętą w stawie kolanowym nogą. U zdrowego można doprowadzić silnie piętę do pośladka, u chorego występuje silny ból, umiejscowiony w udzie. Objaw ten został podany przez André-Thomasa i nazywa się *douler d'elongation* a próba sama nazywa się *signe de cuise*. Jeśli próbuje się tej metody w rwie kulszowej, to chory podaje istnienie bólu nie z przodu, lecz z tyłu, wzdłuż przebiegu nerwu lub wyżej w siedzeniu. Objaw ten występuje także w innych schorzeniach, jak guzy złośliwe, ziarnica złośliwa, zapalenie okostnej, zimne ropnie, schorzenia stawu biodrowego i inne schorzenia, idące w parze z podrażnieniem splotu biodrowo-krzyżowego. W tych przypadkach ból jest znacznie słabszy. U ciężkich neurasteników objaw ten jest zaznaczony obustronnie.

Według H. Goldberga, bardzo często zachodzi pomyłka między rwą kulszową a bólem mięśniowym pośladka *(myalgia)*. Spowodu stopy płaskokoślawej *(pes planovalgus)*, chorzy mają stale bóle, jedno — lub obustronne, z początku tylko przy chodzeniu lub staniu, później i w nocy. Niema tu bólu w punktach, w głębi jak przy schorzeniu nerwu, lecz przy ujęciu mięśnia palcami, nigdy niema zaburzeń czucia ani skrzywienia bocznego kręgosłupa.

Charakterystyczne dla rwy kulszowej trzymanie się chorego w pozycji stojącej dotychczas tłumaczono unikaniem naciągania nerwu: w ten też sposób tłumaczy się objaw Laseguea. E. Plate tłumaczy nieprawidłowe trzymanie kręgosłupa i nogi (objaw Licarda: w nodze chorej pięta wyżej) bolesnością mięśnia lędźwiowo-udowego *(musc. ileopsoas)* na wyciąganie i uważa tę postać rwy kulszowej za gościec tego mięśnia z promieniowaniem bólu w nerw kulszowy. W tych przypadkach dosyć często są zajęte nerwy ze splotu lędźwiowo-krzyżowego.

Leczenie rwy kulszowej jest bardzo wdzięczne. Od 3 lat stosuję z dużem powodzeniem *Ortophan* domięśniowo Barcikowski. Jest to *piperazinum phenylcinchonicicum* z *novocainą*.

L. K. lat 49, fabrykant czekolady, 1. VIII. 1932. Typowy obraz podagry, duży palec u nogi czerwony, obrzękły, gorący bardzo bolesny. Bóle silne, rwące wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego lewego. Punkty bolesne: środek pośladka, dół podkolanowy i środek podudzia. Brak odruchu ze ścięgna Achillesa, wysepki znieczulenia wzdłuż całej nogi. Lasegue i Fajersztajn ++. Objaw Neri +, Wassermann krwi (—), mocz bez zmian, w osadzie liczne kryształki szczawianu, ilość kwasu moczowego we krwi 0,0066 g. Dieta bezpurynowa. Rano *Ortophan* dożylnie 10 cm³, popołudniu i wieczór po 1 amp. 5 cm³ *Ortophan'u* domięśniowo. Następnego dnia ból w zakresie palca znacznie słabszy, ból w zakresie n. kulszowego utrzymuje się, lecz znacznie mniej dokuczliwy. W ciągu dnia 3 ampułki *Ortophanu* domięśniowo. Następnego dnia mógł chory dosyć swobodnie przyjść do mnie, celem zastosowania diatermji. W ogólności otrzymał chory 10 ampułek domięśniowych i 1 dożylny zastrzyk *Ortophan'u*. Po 8 dniach ból zupełnie ustał, nie ma żadnych objawów subjektywnych ani objektywnych, może odruch Achillesa nieco słabszy po lewej.

Wyżej opisana postać, to czysta postać zapalenia nerwu kulszowego o artretycznem podłożu.

K. R. lat 48, żona kupca, 8. VIII. 1932. Bóle bardzo gwałtowne, rwące po stronie lewej od krzyża aż do stopy. Chora z trudem przyszła do mnie. Tęga, wagi 89 kg. Lasegue +, Fajersztajn +. Objaw Neri +. Punkty bolesne: środek pośladka, dół podkolanowy, środek podudzia. Odruch Achillesa utrzymany. Wassermann krwi (—), mocz bez zmian. Chora otrzymała u mnie jeden zastrzyk *Ortophan'u* domięśniowo, pod wieczór u chorej w domu drugi. Ból znacznie złagodniał, od 5 dni mogła spać przez całą noc (bez narkotyków). Na drugi dzień 3 ampułki *Ortophan'u* domięśniowo i diatermja. Ogólnie otrzymała chora 10 ampułek *Ortophan'u* domięśniowo. Ból zupełnie minął.

B. J. lat 29, posterunkowy P. P., 30. VIII. 1933. Ból w nodze lewej od krzyża do stopy, trwający z mniejszem lub większem nasileniem od 3 tygodni. Stosował z przepisu lekarza urzędowego szereg środków, dostawał jakieś zastrzyki, bez skutku. W nocy ból najsilniejszy. Podmiotowo stwierdziłem: skrzywienie boczne kręgosłupa, lewy pośladek niżej ustawiony, niż prawy, noga w całości szczuplejsza, niż prawa, pięta chorej nogi wyżej ustawiona. Punkty bolesne: środek pośladka, dół podkolanowy, środek uda. Lasegue, Fajersztajn ++. Objaw Neri +. Wassermann krwi (—). Mocz bez zmian. Ruchy bierne możliwe. Objaw Gara ++.

Chory otrzymał tego samego dnia w odstępach 5 godzinnych po 1 ampułce *Ortophan'u domięśniowo*. Następnego dnia różnica mała. Tego samego dnia 3 ampułki *Ortophan'u* rano, w południe, wieczór. Pod wieczór ból nieznacznie się zmniejszył. Następnego dnia znów 3 ampułki *Ortophan'u domięśniowo*. Pod wieczór poprawa. Objaw Gara —. Lasègue +. Chory próbuje chodzić, opiera się silnie na nodze lewej, znacznie łatwiej uskutecznia zginanie ku ziemi, co przedtem było niemożliwe. Przez następnych 5 dni, po 2 ampułki *Ortophan'u* domięśniowo codziennie; stan zupełnie się poprawił. Przez cały czas leczenia nie stosowałem żadnych innych zabiegów, przez pierwsze 3 noce po 2 tabletki *Erbrolu*. W całości otrzymał chory 18 ampułek domięśniowych *Ortophan'u* domięśniowo. Ból ustąpił w zupełności. Dla celów zapobiegawczych chory spędził w Busku 4 tygodnie (kąpiele siarkowe).

S. M. lat 59, szewc, 12. IX. 1933, od 2 tygodni bóle w nodze lewej, które uniemożliwiają siedzenie, chodzenie, stanie. Pewną ulgę ma i to przez czas krótki tylko przy leżeniu.

Przedmiotowo stwierdziłem: skrzywienie boczne kręgosłupa, objaw Gara ++, objaw Lasègue i Fajersztajna ++, objaw Neri +. Punkty bolesne: środek pośladka, środek uda, dół podkolanowy. Brak odruchu ze ścięgna Achillesa, obniżona pobudliwość faradyczna, znieczulenia wysepkowe, zwłaszcza po stronie uda, przeczulica w zakresie podudzia lewego. Podudzie lewe szczuplejsze o $1^1/_2$ cm w obwodzie. Wassermann (—). Mocz bez zmian. Chory otrzymał 1 ampułkę *Ortophan'u* domięśniowo. Na noc 2 pastylki *Erbrolu*. Następnego dnia 1 ampułkę *Ortophan'u* domięśniowo i diatermja sposobem Kowarschika (3 płyty). Pod wieczór 1 amp. *Ortophanu*. Następnego dnia (ból zmniejszył się, ale nieznacznie), prąd galwan. sposobem Oppenheima (2 duże elektrody stałe, prąd 160 M. A.) i 1 ampułkę *Ortophan'u* domięśniowego. Pod wieczór chory przywitał mnie z uśmiechem, ból ustąpił zupełnie. Przez 4 dni zrzędu po 2 ampułki *Ortophan'u* domięśniowego, w całości 12 amp. *Ortophan'u* domięśniowo. Chory ukończył leczenie 20. IX. 1933 z zupełną poprawą.

G. H. lat 21, student Uniwersytetu. Przywieziono go samochodową dorożką z domu dnia 16. IX. 1933. Bóle nogi lewej były tak silne, że chory krzyczał w niebogłosy, nie pozwolił się badać, ani dotknąć nawet. Przy najmniejszym dotyku bóle były tak silne, że z początku przypuszczałem, że sprawa dotyczy stawu biodrowego. Zdecydowałem sie na zastrzyk pantoponu, by ulżyć choremu w strasznych bólach. Po kwadransie przystąpiłem do badania. Lasègue ++, Fajersztajn ++, objaw Neri ++. Hiperestezja całej kończyny, zwłaszcza uda lewego. Punkty bolesne wzdłuż całego przebiegu nerwu kulszowego. Mocz bez zmian. Brak odruchu Achillesa.

Prąd galwaniczny sposobem Oppenheima. Zdecydowałem się na 2 amp. *Ortophan'u* odrazu, chorego odwieziono do domu. Pod wieczór ból znacznie łagodniejszy. Na noc 2 tabl. *Erbrolu*. Na drugi dzień chory skarży się na bóle wzdłuż nogi lewej i w krzyżach. Przez cały dzień otrzymał chory 3 amp. *Ortophan'u* domięśniowo i 3 razy dziennie po 2 tabl. *Erbrolu*. Pod wieczór ból złagodniał. Lasègue ++, Fajersztajn ++, Objaw Neri ++. Objaw Gara ++. Następnego dnia znów 3 amp. *Ortophan'u* dom. i przez następnych 5 dni 2 razy dziennie po 1 amp. *Ortophan'u* domięśniowo. Wassermann krwi (—). Chory ukończył leczenie 28. IX. 1933 bez żadnych objawów subjektywnych i objektywnych.

M. M. lat 45, żona urzędnika. Chora przebywa w mem leczeniu od szeregu lat z rozpoznaniem *cystopyelitis calculosa dextra chronica*. Pierwszy raz objawy rwy kulszowej po stronie lewej w roku 1930. Chora otrzymała wówczas 3 zastrzyki 40% antypiryny domięśniowo i 1 injekcję epiduralną antypiryny. Po 3 tygodniowem leczeniu stan chorej poprawił się zupełnie. W ub. roku 25. V. 1934 znów objawy bólu wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego po stronie lewej. Chora zgłosiła się natychmiast, otrzymała 5 przegrzewań diatermją i 2 (!) ampułki *Ortophan'u* domięśniowo. Po 5 dniowem leczeniu stan zupełnie się poprawił. Chora przebywała w mem leczeniu w lipcu w Truskawcu (spowodu *cystopyelitis)*, nie miała żadnych bólów.

F. J. lat 48, adwokat, 3. II. 1934. Chory wrócił z dłuższej podróży autem i jak powiada, ledwie dojechał spowodu silnych bólów krzyża i nogi lewej. Podejrzewa, że przyczyną jego cierpienia jest przeziębienie, jakiemu uległ w nocy przy naprawie opon automobilowych.

Przy badaniu stwierdzam dosyć ciężką formę zapalenia nerwu kulszowego. Brak odruchu Achillesa, Lasègue, Fajersztajn ++. Objaw Neri +, Objaw Gara +. Punkty bolesne jedynie w środku pośladka. Odruch kolanowy nieco żywszy po lewej. Chory otrzymał 1 amp. *Ortophan'u* domięśniowo. Następnego dnia otrzymał chory (u siebie w łóżku) 3 razy dziennie 1 amp. *Ortophan'u* domięśniowo, przez następnych 5 dni 2 razy dziennie 1 ampułkę. Po 5 zastrzyku ból znacznie złagodniał. Efekt zupełny po 12 dniach. Ponieważ rwa kulszowa daje skłonności do recydywy, otrzymał 10 przegrzewań diatermją. Chory pozostawał na własne życzenie w kontroli co 2 tygodnie: Odruch Achillesa ukazał się dopiero po 9 tygodniach. Bóle zniknęły i do dnia dzisiejszego nie pojawiły się.

Przypadek powyższy spowodu swego punktu bolesnego jedynie w głębi pośladka wskazuje na umiejscowienie również w górnej gałęzi nerwu pośladkowego *(r. clunium super.)* określane przez Wertheim-Salomomsona jako *neuralgia glutealis*. Thoden van Welden określa tę postać jako *clunitis superior*. Rzecz jasna, nie jest to forma czysta, wskazuje na to zanik odruchu Achillesa.

K. H. lat 29, nauczycielka. Ostre objawy bólu w krzyżach wystąpiły 8. V. 1934 po kąpieli w Oporze. Bóle były zlokalizowane jedynie w krzyżach przez szereg dni, dopiero 6 dnia rozpoczęły się silne bóle nogi lewej z bardzo silnem „strzelaniem" do kostki. Chodzić nie może, każdy ruch żywszy w łóżku wywołuje silne bóle. Przed tygodniem przechodziła silne zapalenie migdałka z wysoką ciepłotą (do 39,9°). Objektynie stwierdzam: Chora jest pochylona ku przodowi, opiera się na lasce, bardzo wyraźne skrzywienie boczne kręgosłupa, zwrócone wklęsłością ku stronie lewej. Noga lewa nie wykazuje zmian troficznych, natomiast jest bardziej zimna, wykazuje lekką sinicę, zwłaszcza w zakresie podudzia lewego i stopy. Lasègue +, Fajersztajn +. Punkty bolesne: środek pośladka, środek podudzia, za kostką zewnętrzną. *Virgo*. Mocz bez zmian.

Chora otrzymała ampułkę *Ortophan'u* domięśniowo i galwanizację stałą sposobem Oppenheima. Następnego dnia 3 razy po 1 amp. *Ortophan'u* domięśniowo. Na noc 2 tabletki *Erbrolu*. Przez 5 dni 2 razy dziennie po 1 amp. *Ortophan'u*, poduszkę elektryczną i reflektor Minne'a. 8 dnia chora mogła wstać z łóżka, opiera się silnie na nodze lewej, ma jeszcze lekkie bóle przy nagłych zwrotach i przy silnem pochyleniu tułowia ku przodowi. Otrzymała 10 diatermij i dalszych 5 amp. *Ortophan'u*. Leczenie trwało w całości 3 tygodnie. Chora zupełnie bez bólu i objawów objektywnych. Postać powyższa jest postacią przyrody drobnoustrojowej, najprawdopodobniej spowodu przebytego zapalenia gardła.

Niesposób podać wszystkich przypadków zapalenia nerwu kulszowego i jego rwy kulszowej leczonych prawie wyłącznie *Ortophanem* domięśniowym, spowodu szczupłości ram niniejszego sprawozdania, które ma skromne zadanie zwrócić uwagę na prosty i pewny sposób leczenia.

Dawny sposób leczenia rwy kulszowej i zapalenia nerwu kulszowego antypiryną nie jest obojętny. (Antypiryna 40%, chory otrzymuje w 10 cm³ = 4 g antypiryny).

Injekcje epiduralne nie są również obojętne i kłopotliwe dla lekarza. Uważam *Ortophan* domięśniowy — na podstawie bardzo dużego materjału — za środek bardzo pewny, łagodny i niedający nigdy żadnych objawów ubocznych w leczeniu zapalenia nerwu kulszowego i rwy kulszowej.

Piśmiennictwo:

1) R. Bing: Gehirn und Rückenmarkdiagnostik. — 2) W. Gennerič: Lues cérebro-spinalis. — 3) F. Curschmann: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. — 4) M. Pappenheim: Die Lumbalpunktion. — 5) W. Alexander: Die Injektionstherapie d. Ischias. — 6) F. Deutsch: Ueber die Diagnose d. Ischias. — 7) Kowarschik: Diathermie. — 8) T. Cohn: Elektrotherapie u. Elektrodiagn. — 9) L. Blum: Ueber die Behandlung d. Ischias mit epiduralen Injektionen. — 10) Z. Hoche: Der Schmerz u. seine Behandlung. — 11) R. Langbein: Ischias und epid. Injektionen. — 12) H. Schlesinger: Ischias u. Coxitis. — 13) L. Freund: Roentgenbehandlung d. Ischias. — 14) W. Euderle: Epidurale Injektion. — 15) T. Cohn: Die mechan. Behandlung d. Nervenkrankheiten. — 16) M. Biro: Ischias neuritica anterior. — 17) W. Alexander: Fehldiagnosen bei Ischias. — 18) W. Alexander: Ischias und Simulation. — 19) Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 1. 1935. Chorobski J.: Warunki rozwoju i zadania nowoczesnej neurochirurgii. — Mitrynowicz A.: Metody klinicznego badania zaburzeń mowy. — Dering Wł.: Płókanie jelit jako metoda lecznicza. — Maciejewski A.: Uśpienie ewipanowe.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 1. 1935. Huszcza A.: Na marginesie planów organizacyjnych lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych. — Landau J.: O dostarczenie lekarzom pracy zarobkowej. — Mahler I.: Nowa ordynacja, a wymiary podatkowe lekarzy. Treść rocznika VIII.

Polski Przegląd Medycyny Lotniczej. Nr. 3. 1934. Pol Wł.: Spostrzeżenia nad zmianą ostrości wzroku u personelu latającego w okresie od roku 1927 do roku 1932. — Dybowski Wł.: Wyniki doświadczalnego wysokogórskiego kursu narciarskiego dla lotników w Dolinie Pięciu Stawów (1672 m).

Polska Stomatologja. Nr. 1. 1935. Cieszyński A.: Badanie nad statyczną budową czaszki ze szczególnem uwzględnieniem aparatu żucia (c. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 2. 1935. Bułajewski M.: Działanie nasercowe Nuphar luteum (Badanie chemiczne i farmakodynamiczne).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 3. 1934. Higier H.: Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj. — Burón A.: O amplitudzie cieplnej surowic przeciwgrupowych. — Kapłan A., Fryszman W. i Kramarz J.: O chloranemji. — Iberbein M.: Prosówka gruźlicza (dok.). — Odrzywolski W.: Pauperyzacja lekarzy.

OCENY.

Neuveaux procédes d'exploration fonctionelle du foie. NOEL FIESSINGER & HENRY WALTER. Str. 171. Cena 28 fr. Masson & Cie. Paris 1934.

Podręcznik ten dzieli się na trzy części, z których pierwsza tłumaczy zasady badania wątroby, druga najobszerniejsza — zajmuje się opisaniem sposobów badania, trzecia wskazówkami praktycznemi ich zastosowania.

W pierwszej części tłumaczy autor różnicę pomiędzy brakiem wątroby a jej upośledzeniem czynnościowem. W drugiej zajmuje się bardzo obszernem omawianiem czynności żółciotwórczej i badaniem obecności barwika w surowicy, dalej wydzielaniem barwików obcych, z których czerwień Bengalu *(rose bengale)* szczególniej jest stosowana i za najlepszy wskaźnik przyjęta. W tejże części omawiane są wszystkie rodzaje żółtaczek, ich wpływ na barwę surowicy i sposoby ich ilościowego oznaczania. Skolei autorzy przedstawiają sposoby mierzenia czynności wydalania, przez podawanie barwika fenolftaleiny i wspomnianej wyżej czerwieni Bengalu. Zestawieniem krytycznem tych dwóch czynności to jest zabarwienia surowicy i wydalania obcych barwików kończą rozdział pierwszy. W drugim zajmują się pokolei badaniem wywołanej glikozurji, uwzględniając trzy gatunki cukrów, jak glukozę, lewulozę i galaktozę, przyczem tej ostatniej oddają pierwszeństwo. Dalej przedstawione są czynności proteolityczne wątroby, odbudowa białka, tworzenie kwasów amidowych, zakwaszenie, wytworzenie ciał ketonowych, ciał purynowych, spalanie siarki i fosforu, zatrzymywanie wody w ustroju, tworzenie globulin i t. p. W ostatnim rozdziale omawiane jest praktyczne zastosowanie tych metod, ich wybór i wykonanie w klinice.

Książka ta daje dużo sposobów badania, omawia krytycznie najczęściej używane metody, podaje liczne źródła dotyczące sposobów badania i jest przeto cennym nabytkiem literatury dotyczącej badań klinicznych.

Moraczewski (Lwów).

L'épaule. (Staw barkowy, anatomja, radjografja, chirurgja). A. BASSET, J. MIALARET. Masson Edit. Paris.

A. Basset opracowuje serję monografij, w których zebrane są najważniejsze dane z chirurgji większych stawów. Część pierwsza wydana poprzednio obejmuje staw kolanowy. Obecnie ukazała się część druga o stawie barkowym, opracowana wspólnie z J. Mialaret'em.

Książka składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje anatomję, oraz radjografję normalnego stawu barkowego. Druga, chirurgiczna znacznie obszerniejsza od pierwszej zawiera wskazania i wyniki zabiegów operacyjnych przy schorzeniach stawu barkowego i jego okolicy. Główny nacisk położono na opis techniki operacyjnej (dostęp do stawu, artrotomje, resekcje, leczenie operacyjne złamań górnego końca ramienia, zwichnięcia, gruźlica, i. t. d.). Wszystko to opracowane jest wyjątkowo przejrzyście i dokładnie, zilustrowane licznemi doskonałemi rycinami i radjografjami.

E. Michalowski (Lwów).

Zagadnienie jaskry i operacje przeciw jaskrze. LEOPOLD MUELLER. Nakład W. Maudrich, Wiedeń, 1934. 103 str.

Autor rewiduje pojęcia jaskry zapalnej, prostej i wtórnej i buduje nową, bardzo ciekawą, choć pozbawioną dowodów hipotezę patogenetyczną.

Pojęcie jaskry i wzmożonego ciśnienia śródocznego należy ściśle rozgraniczyć, gdyż jaskra prosta przebiega często przy prawidłowem ciśnieniu. Jaskra wtórna zaś, łącząca się z podwyższeniem ucisku, jest zupełnie odmienną jednostką chorobową. Autor przyjmuje istnienie nowego gruczołu dokrewnego, ciałka rzęskowego, wydzielającego hormon, cyklinę, mającą mieć to samo działanie co hipofizyna. Gruczoł rzęskowy ma unerwienie sympatyczne i parasympatyczne (n. okoruchowy). Pierwsze wpływa na wydzielanie cieczy wodnej, drugie na wydzielanie cykliny a także reguluje odpływ cieczy wodnej z tylnej komory do szklistki a stamtąd do żyły środkowej n. ocznego. Jaskra prosta (JP) to schorzenie samego gruczołu rzęskowego przy niezmienionem działaniu unerwienia, to wzmożone wydzielanie cieczy wodnej ubogiej w cyklinę przy prawidłowym jej odpływie. Ciecz uboga w hormon powoduje napęcznienie tkanek, ich podatność i zapadnięcie się tarczy nerwu wzrokowego. Wydrążenie nerwu nie jest więc następstwem ucisku. Jest ono dla JP charakterystyczne: początkowo jest tylko częściowe, przy zupełnem opadają stromo brzegi tarczy, naczynia przesuwają się ku stronie nosowej. JP jest rzadko dziedziczna, nie ma nigdy podstawy konstytucjonalnej. *Miotica* jak pilokarpina i ezeryna, działając na układ parasympatyczny, wywołują wydzielanie cykliny i wstrzymują zgubne działanie JP. Natomiast przy jaskrze zapalnej a raczej, jak ją autor nazywa, intermitującej (JI) wydrążenie jest odrazu całkowite, staje się coraz głębsze a naczynia nie przesuwają się ku stronie nosowej. JI jest schorzeniem konstytucjonalnem, charakteryzującem się napadami. Przyczyną jego jest gwałtowny napływ cieczy wodnej wskutek podrażnienia nerwu sympatycznego i blokada odpływu. Płyn bowiem wydzielony nadmiernie przepaja śródbłonki i wywołuje obrzęk, który zamyka luki w więzadle grzebieniastem a tem samem zatarasowuje drogi odpływu. Następstwem jest skleroza jagodówki i n. ocznego. Gdy ustaje refleks chorobotwórczy albo też pod wpływem środków zwężających źrenicę zaczyna gruczoł rzęskowy wydzielać normalnie, obrzęk ustępuje i napad przechodzi. Wiele przypadków JI leczy się bez zabiegu chirurgicznego. Czasem zdarza się powikłanie JP przez JI. Leczenie JP jest tylko jedno: chirurgiczne. Autor poleca własną metodę, trepanację transkornealną, popod płatem odpreparowanej i uchylonej warstwy rogówki. O ile ten zabieg zawiedzie, wykonuje się w tem samem miejscu cyklodializę z depresją soczewki. Przy JI najlepsze wyniki osiąga się przez irydektomję.

Dr. K. Grafowa (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patalogja.

Badania nad wpływem węgla na gruźlicę doświadczalną. LUZZATTO-FEGIZ G. Lott. c. tuberc. Nr. 2, 153 — 163, 1934.

Pylica płuc według opinji wielu autorów nie jest to nagromadzenie pyłków mineralnych w tkance płucnej, lecz reakcja łącznotkankowa płuca na inhalację rozmaitych ciał mineralnych. Pod względem anat.-patol. pylica przedstawia się jako ogniska marskie wśród zmian rozedmowych i jam *(pneumonia interstitialis* Zenker). Według Böhma pył węglowy nie sprowadza żadnych zmian w płucu. *Anthracosis* jest właściwie pylicą. Mavrogordato i Ickert utrzymują, że pylica powstaje dopiero wtórnie spowodu dołączającego się zakażenia. Najczęściej łączy się z pylicą gruźlica. Według Menzla pylica tylko wtedy wywiera korzystny wpływ na gruźlicę, gdy organizm posiada konstytucjonalną łatwość reagowania wytwarzaniem tkanki łącznej na ciała obce. W przeciwnym wypadku następuje pogorszenie. Węgiel gromadzi się przedewszystkiem w bliznach dokoła ognisk gruźliczych. Doświadczalnie wywołać pylicę u zwierząt jest bardzo trudno lub wręcz niemożliwe (Lubbenau, Willis, Gross i Wadel). Autor stosował wstrzykiwania dożylne zawiesiny koloidowej sproszkowanego węgla i sadzy w ilości po 0,2 — 0,3 w ciągu 1—2 mies. w przerwach 5—10 dniowych. Autor stwierdził, że węgiel jest natychmiast wychwytywany w płucach przez leukocyty (stąd leukopenja po zastrzyku), dalej przez śródbłonki naczyń i pęcherzyków płucnych. Tą drogą odbywa się oczyszczanie płuca. Śródbłonki naczyń ulegają zwyrodnieniu i złuszczają się, skutkiem czego często tworzą się zakrzepy i zawały krwawe. Gdy te

zaburzenia obejmą większą przestrzeń, zwierzę ginie. Autor nie stwierdzał ani tendencji do włóknienia w płucu, ani pylicy węglowej, którąby się dała wykryć mikroskopowo.

Z. Skibiński (Zakopane).

Badania nad wpływem węgla na gruźlicę doświadczalną. Część II. LUZZATTO-FEGIZ G. Lott. c. tuberc. Nr. 7. 716—726, 1934 r.

W drugiej serji doświadczeń autor chciał stwierdzić, czy słusznym jest pogląd różnych autorów, że węgiel sprzyja leczeniu gruźlicy, wyzwalając procesy włóknienia w płucu. W przeciwieństwie do innych, którzy stosowali węgiel w postaci zawiesiny sadzy w oliwie (Rona, Schlossmann) dożylnie lub bezpośrednio do oskrzeli (Giuffrida), autor używał zawiesiny koloidowej, którą wstrzykiwał dożylnie, podobnie jak w poprzednich doświadczeniach. Autor nie stwierdził ani działania ochronnego, ani leczniczego w zakażeniu gruźliczem. Częściej nawet występowały postacie cięższe gruźlicy płuc u królików leczonych zastrzykiwaniami węgla. Na podstawie tych więc wyników cała terapja węglowa w gruźlicy płuc pozbawioną jest podstaw doświadczalnych.

Z. Skibiński (Zakopane).

Przyczynek do badań nad gruźlicą doświadczalną u zwierząt pozbawionych śledziony. AUGUSTO FABRIS. Lott. c. tuberc., Nr. 4, 391—397, 1934.

U zwierząt z wyciętą śledzioną jedni autorzy, jak Schröder, Kaufmann, Moureau i Cruvel, Subin znajdowali zmniejszoną zdolność obronną wobec zakażenia, inni natomiast, jak Hirschfeld, Sarvan, Lewis i Margot przeciwnie stwierdzali przebieg zakażenia znacznie łagodniejszy. Autor zakażał świnki dożylnie w miesiąc po wykonaniu zabiegu operacyjnego i nie znajdował żadnych różnic w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi. Autor dochodzi więc do wniosku, że jest bardzo trudno wykazać czynność obronną śledziony i że droga wycięcia śledziony nie jest odpowiednią metodą do wyjaśnienia tego zagadnienia.

Z. Skibiński (Zakopane).

Nietolerancja pokarmowa na jaja i próby jej usunięcia. L. MEUNIER. Pres. Méd. Nr. 66. 1934.

Ponieważ coraz częściej zdarza się, że jaja są źle znoszone w pożywieniu u dzieci lub starszych, przeto starał się autor wytłumaczyć ten brak tolerancji. Przyczyną tego nie jest ani cholesteryna jaja, która miałaby podnosić poziom cholesteryny we krwi, ani obecność tłuszczu, ale białko, na które organizm jest uczulony. Autor przekonał się, że u takich ludzi stwierdza się przy próbnem śniadaniu niedokwaśność żołądka, a jaje obniża kwasotę do zera. Zahamowanie wydzielania kwasu przez tłuszcz jaja uniemożliwia strawienie białka, które w tej postaci dostaje się do jelita, gdzie może być zresorbowane i jako białko obce może wywołać objawy alergiczne. Działanie hamujące występuje szczególnie po podaniu jaja surowego, jaje gotowane na twardo obniża wprawdzie, ale znacznie mniej kwasotę żołądka, a to wskutek tego, że ścięte białko otacza kulki tłuszczu i nie pozwala im stykać się z błoną śluzową żołądka. Dlatego w leczeniu nietolerancji na jaja radzi unikać równoczesnego podawania z jajami innych zwierzęcych białek, radzi podawać płyny kwaśne, mające zastąpić kwas żołądkowy.

Skowroński (Lwów).

Kliniczne i praktyczne znaczenie oznaczania średnicy ciałek czerwonych metodą dyfrakcji (kalometrja) ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania niedokrwistości złośliwej. H. R. KELLER. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 127. S. 132—143.

Średnicę ciałek czerwonych mierzono erytrocytometrem Bocka, zbudowanym na zasadzie uginania światła czyli siatki dyfrakcyjnej, jaką przedstawia rozciągany preparat krwi, oglądany pod światło. Formuła obliczania średnicy ciałek czerw. na zasadzie uginania światła wprowadzona przez Pijpera dla rozpoznania niedokrwistości złośliwej brzmi: kąt ugięcia światła równa się liczbie porządkowej pierścienia barwnego, pomnożonej przez długość fali światła, podzielonej przez średnicę ciałka czerwonego. Aparat prosty, łatwy do użycia, daje szybkie i pewne wyniki co do rodzaju niedokrwistości w przypadkach wątpliwej niedokrwistości złośliwej. Wyniki cyfrowe ogólnie znane.

H. Długosz (Lwów).

O teoretycznem wytłumaczeniu odczynu opadania ciałek czerwonych. M. ALTSCHUELER. Wracz. Dieło. Nr. 8. 1934.

Istnieje zależność pomiędzy napięciem powierzchniowem (n. p.) i opadaniem ciałek czerwonych (o. B.), wyrażająca się stosunkiem prostym. Pod wpływem narkozy następuje zmiana, przyczem powstaje stosunek odwrotnie proporcjonalny. Zabiegi operacyjne również wpływają na zmianę n. p. i o. B. Natychmiast po operacji o. B. zwalnia się, n. p. nie ulega zmianie; po pewnym czasie o. B. ulega przyspieszeniu a n. p. wzrasta. Zmiany te niezawsze odpowiadają ciężkości zabiegu.

Zdaniem autora w zmianie n. p. i o. B. znaczną rolę odgrywa system nerwowy.

M. Segal (Lwów).

Wartość kliniczna chromoskopji żołądkowej. S. ZEMBALIS. Pres. Méd. Nr. 63. 1934.

Autor porównywał wydzielanie czerwieni obojętnej przez żołądek z wydzielaniem kwasu solnego w różnych stanach chorobowych i stwierdził, że to badanie chromoskopowe nie może zastąpić dotychczasowego badania chemizmu żołądka. Czerwień obojętna może odgrywać tylko pomocniczą rolę w badaniu czynnościowem żołądka i może oddać dobre usługi w przypadkach niedokwaśności. Taki żołądek, wydzielający jeszcze choćby w małej ilości barwik, wydziela zazwyczaj kwas solny po wstrzyknięciu histaminy, i nie może być uważany za całkowicie niewydolny.

Skowroński (Lwów).

Obraz histologiczny jajników w przypadkach włókniaków macicznych. E. STOECKL. Ginek. Pol. T. XIII, z. VII — IX.

Na podstawie badania histologicznego 75 jajników u 53 kobiet z włókniakami — stwierdza autor, że w przypadkach włókniaków niema swoistych zmian histologicznych w jajnikach. W połowie przypadków stwierdził a. torbielowate rozszerzenie pęcherzyków Graafa, a w przeszło 1/3 przypadków rozległe wynaczynienia w pęcherzykach. Zmiany te uważa, a. za objaw stojący w związku ze wzmożoną czynnością przedniego płatu przysadki.

Nierozstrzygniętą jednak pozostaje nadal kwestja, czy wzmożona czynność przedniego płatu przysadki jest zjawiskiem pierwotnem, wywołującem poprzez działanie na jajniki powstanie względnie rozrost włókniaków, czy tylko odczynem na zmiany wzrostowe w ustroju (włókniaki).

M. Segal (Lwów).

Układ nerwowy współczulny i jego znaczenie w patogenezie kamicy wątrobowej. B. GAJSINSKIJ. Centr. Med. Żurn. T. XIV. Nr. 2. 1934.

Autor badał wpływ uszkodzenia unerwienia wegetatywnego wątroby na tworzenie się kamieni żółciowych. Na 6 psach wykonano operację *„desympatyzacji"* wątroby. Psy zabijano w różnym czasie po operacji ($1^1/_2$ — 8 miesięcy) i badano żółć. Poza jednym przypadkiem, w którym znaleziono kamienie żółciowe, we wszystkich przypadkach stwierdzono w żółci złogi ciemne, prawie czarne, różnego kształtu i wielkości. W żółci prawidłowej a także po „dewagacji" podprzeponowej wątroby podobnych tworów nie znaleziono.

Autor uważa, że okoliczność ta zgadza się z koncepcją Rowsinga o mechanizmie tworzenia się kamieni żółciowych w komórkach wątrobowych. Skaza powoduje wypadanie barwika, z którego w komórkach wątroby tworzą się czarne złogi, złogi te dostają się do pęcherzyka żółciowego, zlepiają się i tworzą kamienie. Następna faza polega na odkładaniu się cholesteryny dookoła jądra barwikowego.

M. Segal (Lwów).

Wpływ siarczanu magnezu na diurezę. D. BROWKIN. Wracz. Dieło Nr. 20. 1934.

Doświadczalnie stwierdzono, że zwierzęta głęboko uśpione podskórnemi zastrzykami siarczanu magnezu (S. M.) — bardzo szybko się budzą po zastrzyku dożylnym chlorku wapnia, przyczem narkoza nie pozostawia żadnych śladów. Jednakże narkoza magnezowa nie znalazła szerszego zastosowania praktycznego ze względu na to, że granice dawki narkotycznej i toksycznej leżą blisko siebie (dawka narkotyczna wynosi 1.5 g na kg wagi, dawka toksyczna 1.75 g na kg wagi).

Natomiast przy drgawkach — S. M. ma znaczną wartość jako środek przeciwskurczowy działający w małych dawkach.

A. badał wpływ S. M. na diurezę; podając 1500 cm^3 płynu w ciągu pół godziny, badał co pół godziny ilość i ciężar gatunkowy wydalonego moczu. To samo powtarzał następnego dnia po uprzedniem wstrzyknięciu 30 cm^3 20% siarczanu magnezu. Normalna nerka wydala 1500 cm^3 płynu w ciągu 4 godzin, przyczem rozcieńczenie moczu jest znaczne, bo c. gat. spada z 1010 do 1001.

A. stwierdza, że 1) dawka 6 g S. M. (30 cm^3 — 20%) nie jest dawką narkotyczną u człowieka zdrowego, 2) w większości przypadków zwiększa diurezę.

M. Segal (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięcie.

Choroba Cushing'a. C. GAMNA. Min. Med. Nr. 42 — 43. 1934.

Pacjentka 30 letnia, o ujemnych wywiadach chorobowych, przedstawia typowy zespół chorobowy, cechujący chorobę Cushinga; otyłość, brak miesiączkowania, odwapnienie kości z bólami kostnemi i kyfozą, nadmierne owłosienie o typie męskim, rozstępy skórne i nadciśnienie tętnicze. Badania dodatkowe dały następujące wyniki: przemiana podstawowa była obniżona od — 10 do — 26, działanie specyficzno-dynamiczne białek było obniżone, w moczu znajdowano ślady białka i ślady cukru. Krew: lekka poliglobulja, ilość ciałek białych prawidłowa — na obwodzie 1% myelocytów, tudzież 1% metamyelocytów. We krwi zwiększenie ilości wapnia, znaczne zwiększenie fosforu i chloru. W zakresie białek i lipoidów we krwi duże odchylenia od normy: zmniejszenie całkowitej ilości białek, głównie kosztem globulin i znaczne zwiększenie lipoidów a zwłaszcza cholesteryny i to wolnej. Również ciała acetonowe w surowicy wykazują bardzo wysokie wartości. Krzywa cukru we krwi po obciążeniu glukozą wykazuje zmniejszenie tolerancji na cukier. Bilans wapnia wybitnie ujemny, zaś fosforu dodatni. Odczyn Aschheima i Zondeka ujemny. Po śmierci pacjentki autopsja wykazała następujące odchylenia od normy: lekko zanikłą przysadkę mózgową, i duży guz nadnercza lewego o charakterze gruczolaka korowego. Choroba Cushinga, należąca głównie do schorzeń przysadki, może jednak powstawać skutkiem zaburzeń innych gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza nadnerczy. Może więc powstać na skutek gruczolaka bazofilnego przedniego płatu przysadki, lub skutkiem gruczolaka kory nadnercza. *Mester* (Kraków).

Swoisto-dynamiczny wpływ pożywienia w otyłości wewnątrzpochodnej i leczenie jej hormonem tarczycozwrotnym. A. SYLLA. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 396—414.

W otyłości wewnątrzpochodnej przemiana podstawowa naczczo jest obniżona, (postacie tarczycowe), prawidłowa lub podwyższona (postacie przysadkowe). W postaciach tarczycowych wpływ pokarmów na przemianę jest przeważnie prawidłowy, w przysadkowych obniżony. W schorzeniach wielogruczołowych występują inne zmiany. Przysadka wpływa na przemianę tłuszczu prawdopodobnie drogą tarczycy zapomocą hormonu tarczycozwrotnego. W 5 przypadkach otyłości tarczycozwrotny hormon doprowadził do normy obniżoną przemianę podstawową po pokarmach, równocześnie obniżyła się waga chorych. Zatem powstają nowe, przyczynowe sposoby leczenia otyłości wewnątrzpochodnej.

H. Długosz (Lwów).

Leczenie ostrego okresu choroby Heine-Medina zapomocą biernego uodparniania połączonego ze stosowaniem autolikworterapji. TOEROEK. Med. Klin. Nr. 33. 1934.

Zarazy choroby Heine-Medina zdarzają się w ostatnim dziesiątku lat częściej. Pochodzenie tego schorzenia jest nadal niejasne. Leczenie dzieli się na leczenie okresu przedporażennego, bardzo trudnego do rozpoznania, okresu porażeń i okresu zdrowienia. Dla leczenia ostrego okresu porażenia dziecięcego polecane są oddawna urotropina, trypaflawina, jod, wcierania maści rtęciowej, diatermja i leczenie promieniami Roentgena. Możliwość leczenia zapomocą wywoływania odporności powstała w chwili, gdy Flexner, Lewis i inni dowiedli, że surowica ozdrowieńców po chorobie Heine-Medina posiada własności bakterjobójcze. Trudności uzyskania tej surowicy zostają pokonane przez wprowadzenie przez Petit'a surowicy końskiej. Anderson i Torse udowodnili, że krew dorosłego człowieka, który nigdy choroby Heine-Medina nie przechodził, często posiada więcej przeciwciał niż krew ozdrowieńców. Moro, Kremar i Liszka stosują krew ozdrowieńców obok krwi dorosłych. Autor rozszerza leczenie, wprowadzając zastrzyki domięśniowe płynu mózgowo-rdzeniowego chorego. Leczył tym sposobem 49 przypadków choroby Heine-Medina. W dniu przyjęcia stosował 30—50 cm^3 mieszaniny *aa* krwi ozdrowieńców i dorosłych — domięśniowo. Jednocześnie odpuszczał 30—40 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, stosując nakłucie lędźwiowe co drugi dzień. Płyn mózgowo-rdzeniowy wstrzykiwał codziennie, dając w sumie 8 do 12 zastrzyków zależnie od okresu choroby, w którym leczenie było rozpoczynane. Uzyskiwane przez nakłucie lędźwiowe zmniejszenie ciśnienia działa pomyślnie na cofanie się spraw zapalnych. Autor sądzi, że im prędzej uda się zmniejszyć ciśnienie spowodowane zastojem limfy i przez to poprawić obieg krwi w uszkodzonem utkaniu nerwowem, tem większa jest nadzieja, że komórki zwojów niecałkowicie uszkodzonych odzyskają swą sprawność. Autor widział po odpuszczeniu płynu rzucające się w oczy polepszenia: znikanie bólów, zmniejszenie przeczulicy i cofanie się początkowych porażeń.

Gdyby zapatrywanie Flexnera, który przyjął, że zarazki zapalenia rogów przednich przenikają do kanału mózgowo-rdzeniowego, było słusznem, możnaby sobie łatwo uzmysłowić czynne uodparnianie zapomocą wstrzykiwań płynu mózgowo-rdzeniowego. Należy jednak liczyć się z tem, że zastosowanie pozajelitowe kilku cm^3 wysięku opłucnowego wpływa na jego wsysanie.

Ocenę wyników leczniczych utrudniają także zdarzające się niekiedy samoistne polepszenia, a nawet uleczenia. Z zestawień autora wynika, że odsetkowy stosunek uzdrowień jest dodatniejszy przy stosowaniu połączonego leczenia, niż przy wyłącznem stosowaniu nakłuć lędźwiowych, lub wyłącznem biernem uodparnianiu. *J. Jaskólska* (Kraków).

Adrenalina jako biologiczny środek w leczeniu ciężkich toksycznych zaburzeń krążenia, szczególnie septycznego zapalenia otrzewnej. CARL LANGE. Zbl. f. Gyn. Nr. 35. 1934.

Przy ciężkiej, zagrażającej życiu niedomodze krążenia, szczególnie przy zapaleniu otrzewnej zaleca autor podskórne zastrzyki adrenaliny w dawce 0,1—0,3 cm^3 roztworu 1/1000 co $^1/_2$ — 3 godz. w zależności od wieku i stanu ogólnego pacjenta.

Działanie hamujące adrenaliny na perystaltykę daje się usunąć zapomocą tonefiny i wlewań soli kuchennej.

M. Segal (Lwów).

Zaburzenia czynności serca i narządu krążenia spowodowane leczeniem zapadowem (collapsothérapie) płuc. J. LARDANCHET. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 356. 1934.

Leczenie zapadowe (odma, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka) wywołuje w statyce klatki piersiowej i w zmiennych stosunkach, zależnych od danej metody leczenia, zaburzenie mechanicznej równowagi, które odbija się na sercu w 2 kierunkach: 1) przez bezpośredni uraz, wywołany przemieszczeniem śródpiersia, i działanie na swoisty dynamizm serca, 2) przez pośredni uraz mechaniczny, powstający w małem krążeniu, przez zapadnięcie leczonego płuca. Na skutek tych zaburzeń w czynnościach klatki piersiowej występują 2 rodzaje objawów klinicznych: 1) niedomoga prawej komory, zrazu nieznaczna, i dostępna dla leczenia, która potem może przejść w objawy końcowe niedomogi zastawki trójdzielnej, 2) objawy bardziej skomplikowane, wynikłe z działania urazu na splot nerwowy sercowy i na ośrodki autonomiczne a mianowicie na węzeł zatokowy i włókna Hisa. Te ostatnie objawy bywają częste, i aczkolwiek są względnie niezłośliwe, to jednak bywają uporczywe i mają tendencję do nawrotów. *Dr. M. Blassberg* (Kraków).

Statystyka szpitalna, dotycząca 21 przypadków ropni płucnych. CH. ROUBIER i CH. MERMET. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 356. 1934.

Spostrzeżenia autorów obejmują okres lat 15 i dotyczą tylko ropni pierwotnych i za życia rozpoznanych. Wbrew dotychczasowym mniemaniom, które umiejscawiały tę sprawę przeważnie u podstawy prawego płuca, według autorów, znajdują się ropnie najczęściej w okolicy wnęki, bądź prawej bądź lewej. Autopsje wykazywały, że ropa znajdywała się śródmiąższowo a nie między płatami. Ropnie płucne, otwarte ku oskrzelom, dają zaledwie w 1/5 przypadków objawy jam, a objawy fizykalne albo bywają bardzo nieznaczne albo zupełnie brak objawów przysłuchowych *(abcès muets)*. Poza objawami jam ropnych badanie radjologiczne daje w połowie przypadków jasny obraz patognomoniczny ropnia płucnego; atoli pacjent powinien być wielokrotnie starannie badany, bo obraz ten może być tylko czasowo widoczny; do wyjątków też należy, aby go brakowało przez cały przebieg choroby. Przebieg schorzenia bywa różny; dość rzadko bywa przebieg ostry, śmiertelny, najczęstsze bywają postacie ostre, podatne do samoistnego wyleczania się. Bywają też postacie wyleczalne, ale ze skłonnością do nawrotów oraz postacie o przewlekłym przebiegu. W statystyce autorów było 60% wyleczonych, 10% śmiertelnych, a 25% o przewlekłym przebiegu. Wbrew panującej opinji ropnie gnilne lub zgorzelinowe, których autorowie widywali najwięcej (2/3 przypadków) nie przebiegały ciężej, lecz raczej lepiej się leczyły aniżeli inne. Krwioplucie pojawia się rzadko i bywa nieznaczne. Różniczkowo najbardziej wchodzi w rachubę ropne zapalenie opłucnej międzypłatowe i rozstrzeń oskrzelowa. Rokowanie na podstawie badania bakterjologicznego plwociny lub ropy autorowie uważają za niepewne. Wszelako wyłączna obecność pneumokoków wydaje się prognostycznie względnie korzystną, a obecność pałeczek zapalenia płuc niekorzystna. Paciorkowce nie odgrywają tak poważnej roli, jak w odmie ropnej. Beztlenowce nie stanowiły tak źle o rokowaniu, jakby można przypuszczać. Amebowych zakażeń autorowie nie spostrzegali. Zalecane metody lecznicze, jak wakcynoterapja, suro-

wica przeciwzgorzelinowa, nowarsenobenzol, emetyna, sucha dieta i wstrzykiwania alkoholu bywają skuteczne w przypadkach dążących do samoistnego wyleczenia i stanowią leczenie pomocnicze. Wyleczenie następuje w ciągu 2 — $2^1/_2$ miesięcy, co wielokrotnemi prześwietleniami można stwierdzić. Przed upływem 3 miesięcy nie należy stosować leczenia chirurgicznego. Sześć przypadków autorowie poddali operacji z wynikiem zmiennym, wszelako nieodpowiadającym pokładanym nadziejom.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

Nowa metoda termoterapji — parafinoterapja. KIRICZINSKIJ, KICZINA, MINC. Wracz. Dieło. Nr. 8. 1934.

Własności lecznicze parafiny polegają na możności stosowania wysokich temperatur (t° 80° nie powoduje oparzeń), własności kurczenia się w chwili stygnięcia tak, że zastygła parafina obciska tkanki jakby rękawiczką, nieco anemizując tkanki. Przy innych sposobach stosowania ciepła ogrzana krew szybko przebiega w rozszerzonych naczyniach skóry, poczem dostaje się do krwiobiegu i zostaje zastąpiona innemi porcjami krwi o ciepłocie niższej. Do pewnego stopnia unikamy tego przy parafinie dzięki anemizacji tkanek przez lekki ucisk. Pierwszy stosował tę metodę Barthe de Sandfort w Paryżu w r. 1910.

Autorzy stosowali tę metodę nieco zmodyfikowaną od r. 1912 w 206 przypadkach i osiągnęli dobre wyniki lecznicze (schorzenia stawowe reumatyczne i innego pochodzenia, zapalenie mięśni, myalgia, neuralgia, neurotroficzne schorzenia skóry, przykurcze po bliznach). Przeciwwskazaniem do stosowania parafiny są ostre stany zapalne stawów, gruźlica stawów, ostre zapalenie nerwów. Podana jest technika stosowania parafiny.

M. Segal (Lwów).

Leczenie ostrego odoskrzelowego zapalenia płuc u małych dzieci. P. NOBÉCOURT. Gazette des Hôpitaux. Nr. 85. 1934.

Duża ilość środków leczniczych świadczy o ich małej skuteczności. Jednak na podstawie długiego doświadczenia niektóre środki przyjęły się powszechnie. Pierwsze miejsce zajmują kąpiele: 1) gorące o temp. 36—39° (2—3° niżej temp. chorego) przez 10—15 min., 2) letnie (31—35°) lepiej obniżają gorączkę. Kąpiele chłodne (26—30°) zimne (20—25°) są przeciwwskazane. Czas i częstość kąpieli zależy od stanu dziecka. Jeżeli temperatura nie przekracza 39° lub dziecko jest osłabione, zamiast kąpieli stosuje się zawijania wilgotne tułowia, o temperaturze poniżej 25°, najlepiej pokojowej (16—18°). W razie stałej wysokiej gorączki stosuje się ciągłe, zmieniane zawijania co 2—4 godz., w razie niewysokiej gorączki zawijania co 4—6 godz. na $^3/_4$—1 godz. Zawijania całego ciała mniej używane. Gdy ciepłota jest nadmiernie wysoka, stosuje się najpierw kąpiel, potem osusza dziecko i stosuje wilgotne zawijania. W hipotermji tylko kąpiele o temp. 38°. W razie duszności podać tlen drogą oddechową (podskórne podawanie tlenu o wiele mniej skuteczne), ponadto eter podskórnie lub doustnie jako syrop (0,40 eteru na 20,0 syropu) w następujących dawkach: do 1 mies. 0,1—0,2 cm^3 eteru podsk. lub 2,0—8,0 syropu doustnie, od 2—7 mies. 0,2—0,4 cm^3 eteru podsk. lub 4,0—16,0 syropu doustnie, od 8 mies. — 5 lat 0,3—0,6 cm^3 eteru podsk. lub 6,0—24,0 syropu doustnie; kamforę często z eterem: *Camphorae* 0,5, *Aether. sulf.* 2 cm^3 *Ol. Oliv. ster.* 8 cm^3. Daje się do 1 mies. 0,5 cm^3, 2—7 mies. 1 cm^3, 8 mies. — 5 lat 1,5 cm^3 1—3 razy dziennie.

Jeżeli stwierdza się liczne ogniska zapalne i objawy obrzęku płuc, stosuje się kąpiele gorące i wilgotne zimne zawijania tułowia (zwykłe lub z dodatkiem gorczycy); bańki trudne do zastosowania. Ze środków: *Ammonium acet. solut.* do 1 mies. 0,4—0,8 g, 2—7 m. 0,8—1,60, 8 mies. — 5 lat 1,2—2,40 na dobę. Mniej używa się ipekakuany. Na początku choroby można wstrzykiwać podskórnie emetynę, 1% roztw. do 1 mies. 0.5 cm^3, 2—7 mies. 1 cm^3, 8 mies. — 5 lat 1,5 cm^3 codziennie, 3—4 dni. Hemoterapję stosuje się jako przetaczanie krwi do zatoki podłużnej, jeżeli ciemiączko otwarte, lub do żył obwodowych, albo podskórnie 10—20 cm^3. Wyniki lecznicze różne. Ze środków nasercowych podać można *Tc. digital.* (do 1 mies. 5 krop., 2—7 mies. 10 krop., 8 m. — 5 lat 20 krop. dziennie), digitalinę (według wieku 1, 2, 3 krop). Środki przeciwzakaźne: chinina, srebro i złoto koloidalne lub eukaliptol i gwajakol, często z eterem i kamforą podskórnie: *Ol. Oliv.* 8 cm^3. *Aether. sulf.* 2 cm^3, *Camphorae* 0,5. *Guajacoli* 1,0 według wieku wyżej wymienionego 0.5; 1; 1,5 cm^3, 1—2 razy dz. podskórnie.

W przypadkach zapalenia płuc na tle dwoinek zapalenia płuc surowica swoista lub wieloważna, w innych przeciwpaciorkowcowa, przeciwbłonicza lub szczepionki. Nie stosować wielu środków bez potrzeby, bo reakcja dzieci szczególnie młodszych jest ograniczona.

Skrupulatna obserwacja stanu dziecka jest wskazówką leczniczą.

H. Dlugosz (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O szyciu ran struną i jedwabiem. E. L. HOWES. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/3. 1933.

Na podstawie badań doświadczalnych przeprowadzonych na żołądkach szczurów autor dochodzi do wniosku, że proces gojenia się ran po zeszyciu ich jedwabiem zaczynał się o wiele wcześniej aniżeli w ranach szytych struną. W obrazach drobnowidowych wycinków ran autor mógł stwierdzić, że przy używaniu jedwabiu faza wysiękowa w ranach trwała znacznie krócej aniżeli przy użyciu struny. Dalsze badania doświadczalne wykazały, że po użyciu nitek jedwabnych lub strunowych o większej grubości autor nie zauważył większej wytrzymałości rany ani bezpośrednio po operacji ani też w czasie gojenia się. Wkońcu zastanawia się autor nad wskazaniem i przeciwwskazaniem dla użycia jedwabiu i struny jako materjału do szycia ran.

W. Bross (Lwów).

Obustronna lobektomja. L. ELOESSER. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/2. 1933.

Autor omawiając zagadnienie leczenia operacyjnego rozstrzeni oskrzeli, podnosi na wstępie korzystne wyniki lecznicze, jakie osiągnięto po lobektomji w beznadziejnych nawet przypadkach. Jeszcze doniedawna wielkie niebezpieczeństwo zabiegu (w statystyce Lilienthala za rok 1925 62% śmiertelności) powstrzymywało wielu chirurgów od wykonywania lobektomji. W ostatnich 7 latach odsetek śmiertelności obniżył się prawie o połowę (34%), toteż znakomite wyniki operacyjne uzyskane przez różnych chirurgów (Alexander, Brunn, Sauerbruch, Shenstone) pozwalają, zdaniem autora, przypuszczać, że usunięcie operacyjne schorzałego płatu stanie się jedynym i celowym zabiegiem, połączonym z najmniejszem niebezpieczeństwem dla chorego. Autor także jest zdania, że w przypadkach obustronnych rozstrzeni oskrzeli należy wykonać również lobektomję i to, podobnie jak Krampf z kliniki Sauerbrucha, najpierw po stronie większych zmian chorobowych, a następnie po stronie drugiej. Przy takiem postępowaniu wyniki lecznicze są bardzo korzystne, a na dowód tego przytacza autor opis własnego przypadku, wyleczonego po wykonaniu lobektomji obustronnej.

W. Bross (Lwów).

Podpłucny otok ropny. A. S. W. TOUROFF. Surg. Gyn. a. Obst. LVII/2. 1933.

Na podstawie własnego materjału klinicznego omawia autor na wstępie etiologję i patogenezę podpłucnego otoku ropnego, umiejscowionego pod dolną powierzchnią dolnego płatu płuca i przeponą. Zastanawiając się nad mianownictwem, używanem przez różnych autorów dla określenia tego schorzenia (ropniak przeponowy lub ponadprzeponowy) uważa nazwę podpłucnowy otok ropny *(infrapulmonary empyema)*, przyjętą przez Wesslera za najodpowiedniejszą.

Podstawą schorzenia powyższego są sprawy chorobowe w zakresie podstawowej części dolnego płatu (zapalenie płuc, przebicie ropnia płuca, zakażony zawał płuca, ulegający martwicy) z następowem przejściem sprawy na opłucną. Flora bakteryjna jest różnorodna i zależy od typu schorzenia pierwotnego (dwoinki zapalenia płuc, gronkowiec złocisty i t. d.). Odróżnia trzy grupy otoku podpłucnego; do pierwszej grupy zalicza ropniaki ściśle otorbione, ograniczone zewsząd tkanką płucną, niestykającą się ze ścianą klatki piersiowej; do grupy drugiej należą ropniaki o tem samem usadowieniu częściowo otorbione, odgraniczone od przodu i boku tkanką płucną, a dochodzące tylko od tyłu do ściany klatki piersiowej, w tej grupie przychodzi do następowego uogólnienia się sprawy w całej jamie opłucnowej; w trzeciej grupie wreszcie znajdują się ropniaki również otorbione, które stykają się od tyłu i od boku ze ścianą klatki piersiowej, a odgraniczone są tylko od niej od przodu tkaną płucną; w grupie trzeciej podobnie jak i powyżej proces chorobowy jest ściśle ograniczony. Następnie omawia autor symptomatologję, metody rozpoznawcze, wartość badania radjologicznego oraz rozpoznanie różnicowe, a wkońcu leczenie chirurgiczne i na podstawie przypadków własnych wyniki leczenia chirurgicznego, które zasadniczo nie odbiega od metod ogólnie stosowanych.

W. Bross (Lwów).

Badania nad przerzutami nowotworowemi. Rozmieszczenie przerzutów przy raku sutka. WARREN S. i WITHAM E. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/1. 1933.

Autorowie badali rozmieszczenie przerzutów przy raku sutka w 162 przypadkach sekcyjnych i dochodzą do wniosku, że w ogólności rozprzestrzenianie się przerzutów nie pozostaje w związku z budową histologiczną. Przeciętnie u jednego osob-

nika znajdowali 5 przerzutów; każdy narząd lub tkanka w ustroju może być, praktycznie rzecz biorąc, siedzibą przerzutu nowotworowego, przyczem przerzuty szerzą się zazwyczaj naczyniami chłonnemi. W niektórych przypadkach obserwowali przerzuty drogą krwionośną, przyczem tą ostatnią drogą powstaje większość przerzutów do układu kostnego.

W. Bross (Lwów).

Zabezpieczenie otrzewnej przed zakażeniem. STEINBERG i GOLDBLATT. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/1. 1933.

Autorowie omawiają na podstawie badań doświadczalnych sposoby chroniące otrzewną przed zakażeniem. U psów jednorazowe wstrzyknięcie dootrzewnowe zawiesiny pałeczki okrężnicy (zabite pałeczki okrężnicy, szczep Nr. 300) w tragakancie wywołuje w ciągu 12—48 godz. uodpornienie otrzewnej przed zakażeniem pałeczką okrężnicy i innemi drobnoustrojami jelitowemi, które często znachodzi się w przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej. Szczepionka, wprowadzona dootrzewnowo, powoduje wysięk ciałek białych wielojądrzastych, w następstwie czego przychodzi do unieszkodliwienia bakteryj drogą fagocytozy. Metodę tę zastosowali w 100 przypadkach klinicznych, w których istniało niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej (resekcje jelita, zwłaszcza grubego, zespolenia jelitowe, apendektomje (na zimno) i t. d.). Chorym wstrzyknięto dootrzewnowo, jednorazowo na 12—48 godz. przed zabiegiem operacyjnym 30 cm³ zawiesiny, zawierającej około 200 miljonów zabitych bakteryj (pałeczek okrężnicy, szczep Nr. 300). Po wstrzyknięciu występowały nieznaczne podniesienia ciepłoty i bolesność w jamie brzusznej. W żadnym z uodpornionych w ten sposób przypadków nie rozwinęło się ostre zapalenie otrzewnej. Na potwierdzenie korzystnego działania tej zawiesiny przytaczają autorowie przypadek raka kiszki grubej, w którym nie wystąpiło zapalenie otrzewnej mimo zanieczyszczenia jamy otrzewnowej kałem. Podany przez autorów sposób zasługuje na uwagę, mimo że materjał kliniczny, jak sami podnoszą, jest jeszcze zbyt mały, by wyciągnąć ostateczne wnioski.

W. Bross (Lwów).

Przetoka żołądkowa według Jianu. PACK G. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/1. 1933.

Autor pracy powyższej opisuje rozwój metod zakładania przetok żołądkowych; przedstawia wskazania, korzyści i technikę przetoki żołądkowej podanej przez Jianu. Przetoka żołądkowa (metoda Jianu), utworzona z długiego uszypułowanego płatu krzywizny dużej żołądka, poza właściwym celem służyć może również jako akt wstępny do operacji wytwórczej przełyku.

W. Bross (Lwów).

Zespół objawów niedokrwistości złośliwej u chorych po wycięciu żołądka. GOLDHAMER S. M. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/2. 1933 r.

Autor opisuje przypadek przewlekłego nieżytu żołądka, prawdopodobnie na tle kiłowem, w którym w dwa lata po resekcji żołądka wystąpiły objawy charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej. Objawy niedokrwistości wraz z typowym dla niej obrazem krwi mogą, zdaniem autora, rozwinąć się po okresie utajenia trwającym od 5 miesięcy do 15 lat po operacji. Autor podnosi, że wyniki lecznicze po stosowaniu preparatów wątrobowych w niedokrwistości po wycięciu żołądka są zadowalniające. Wkońcu przyjmuje możliwość związku między gospodarką żelaza w ustroju a prawidłową czynnością żołądka.

W. Bross (Lwów).

O leczeniu zatorów w tętnicach. H. KOHLMAYER. Z. f. Chir. Nr. 29. Str. 1698. 1933.

Badając proces tworzenia się zatorów w naczyniach pletw żaby, spostrzegli inni autorzy, że światło tętnicy zwęża się na odcinku przed zatorem często aż do zaniku. Przy operacjach zatorów zauważono również często stany kurczowe tętnic, które trwały nieraz do 24 godzin. Po skurczu następuje rozszerzenie naczyń. Fakt ten nasuwa myśl, ażeby przez odpowiednie działanie przeciwskurczowe umożliwić chociaż częściowy przepływ krwi. Autor zastosował w tym celu dla próby eupawerynę Merck'a, która okazała się szczególnie skuteczną. Skutek był w dwu przypadkach wprost zdumiewający. Krążenie, które można było stwierdzić metodą kapilarno-mikroskopową, występowało zawsze w 20 minut po wstrzyknięciu eupaweryny. Jej działanie było tak przekonywujące, że można sobie na podstawie tych przypadków wytworzyć korzystny sąd o działaniu spazmolitycznem eupaweryny. Eupawerynę stosowano przeważnie dożylnie, często kilka razy dziennie w dawkach po 0,03 g. Z opisanych przypadków wynika, że zaburzenia w krążeniu, wywołane sprawami zatorowemi, mogą czasami ulec pod wpływem eupaweryny znacznej poprawie. Oczywiście należy obserwować dalszą ilość przypadków. Oba przypadki dotyczą wprawdzie górnych kończyn, w których, jak wiadomo, zatory kończą się rzadziej zgorzelą jak w dolnych. Autor nie chce oczywiście pomniejszać znaczenia zabiegów chirurgicznych, jest bowiem zrozumiałe, że leczenie zachowawcze ma swoje granice.

Powyższym sposobem leczenia możemy, jak widzimy, zwolnić skurcz naczyń, wywołany zatorami i znowu umożliwić przez to do pewnego stopnia krążenie.

Dr. Bader (Warszawa).

Znieczulenie miejscowe perkainą. G. KRAUCHER. Wien. Klin. Wschr. Nr. 33, 1934.

Autor podaje, że na oddziale kobiecym Szpitala Cesarza Franciszka Józefa w Wiedniu stosuje się znieczulenie sklepieniowe w przypadkach przerwania ciąży. Dawniej używano do znieczulenia ¹/₂% roztwór nowokainy z dodatkiem adrenaliny, osiągając dobre wyniki. Mimo to przeszedł ostatnio oddział na perkainę „Ciba", ponieważ według danych z piśmiennictwa ma ona posiadać pewną przewagę nad innemi podobnemi środkami. Przedewszystkiem powoduje długotrwałe znieczulenie nawet w bardzo małych stężeniach (na rogówkę oka królika już w rozcieńczeniu 1:140.000); pozatem wyjaławianie nie wpływa ujemnie na skuteczność tego środka. Jako pochodna chininy działa perkaina bakterjobójczo, a nawet po dodaniu adrenaliny nie powoduje martwic. Te zalety skłoniły do zastosowania perkainy w 102 wypadkach przerwania ciąży; do tego celu używano ¹/₂% roztworu perkainy z dodatkiem adrenaliny, wprowadzonej do przymaciczy. W 66 przypadkach wynik był zupełny. Pacjentki w czasie operacji nie odczuwały najmniejszego bólu, nie miały żadnych dolegliwości również i po niej; 26 pacjentek było niespokojnych i skarżyło się na niewielkie bóle tak, że zabieg ukończono w narkozie. W 10 przypadkach nie było żadnego efektu. W grę wchodziła niewątpliwie obawa pacjentki oraz brak zaufania do miejscowego znieczulenia. Nie stwierdzono żadnego wpływu perkainy na kurczliwość macicy i ani razu nie zjawiło się większe krwawienie ani podczas, ani po operacji. Zestawiając, autor uważa parametralne znieczulenie perkainą za dobre, aczkolwiek niepozbawione niebezpieczeństw. Dla pacjentek nerwowych nadaje się więcej uśpienie ogólne.

W. Kurowski (Warszawa).

Perkaina w małej chirurgji. D. BIOLATO. Bolettino e memoria della Società Piemontese di Chirurgia. Nr. 15. 1932.

Stosowano ¹/₂—1% maść perkainową, wzgl. perkainal w rozmaitych cierpieniach w małej chirurgji, jako środek dla znieczulenia powierzchni. Maść ta oddawała znakomite usługi w guzkach krwawniczych, przetokach i szczelinach odbytu, oraz innych uszkodzeniach odbytnicy i prostnicy. Smarowano maścią zaraz po operacjach i przy okazji odnawiania opatrunków. Oprócz tego używano perkainalu we wszelkich bolesnych i swędzących cierpieniach skóry: np. w pęknięciu brodawki sutkowej, owrzodzeniach, zapaleniu skóry, a szczególnie w ranach po oparzeniu. Nadzwyczaj korzystną okazała się ta maść w oparzeniach, ponieważ szybko po zastosowaniu następowało długotrwałe znieczulenie (od 10—24 godzin), jako nadzwyczaj dodatnie zjawisko. Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach oparzeń, pomiędzy innemi u dzieci poniżej 5 lat, dla pokrycia miejsc zajętych sprawą zużywano 50—60 g perkainalu, wzgl. 100 g maści 0,5% z perkainą i ilość ta zawsze była dobrze znoszona, nie powodując jakichkolwiek objawów ubocznych.

Dr. F. Sienicki (Warszawa).

Otorynolaryngologja.

O kilku przypadkach gruźlicy gardła. L. de REYNIER. Rev. de Lar. Otol. Nr. 8. 1933.

1. Pojawienie się gruźlicy jamy ustnej i gardła jest zawsze objawem poważnym, bardzo często fatalnym.

2. Pierwotna gruźlica gardła występuje bardzo rzadko; prognoza w przypadkach energicznie leczonych jest dobra.

3. Przebieg gruźlicy gardła w postaciach wtórnych, przewlekłych, wrzodziejących zależy przedewszystkiem od rozwoju gruźlicy płuc względnie jelit lub nerek. Z obrazu gardła możemy wyciągnąć wnioski co do tego, jak organizm reaguje na wtargnięcie bakteryj do ustroju. Jeżeli owrzodzenia mają słabą skłonność do rozszerzania się, jeżeli szybko się goją pod wpływem leczenia, można przyjąć, że chory przezwycięży zakażenie. Jeżeli jednak zmiany gruźlicze gardła szybko się rozszerzają i nie odpowiadają na leczenie — wtedy prognoza jest zła.

4. W postaciach o łagodnym przebiegu uzyskujemy chwilowe wyleczenie, ale należy się liczyć z nawrotami choroby. Pro-

gnoza *quoad vitam* jest dobra, ale niemniej istnieje niebezpieczeństwo uogólnienia zakażenia w okresach, w których odporność organizmu zmniejsza się przez zmęczenie, złe warunki higieniczne, dołączające się choroby i t. d. *J. Spira* (Kraków).

Nowotwory złośliwe nosogardzieli. J. DUCUING et L. DUCUING. Rev. de Lar. Otol. Nr. 10. 1933.

Nowotwory nosowogardzielowe są bardzo rzadkie; stanowią one zaledwie $2^1/_2\%$ nowotworów gardzieli. Autorowie omawiają anatomję patologiczną i klinikę tych guzów i poświęcają szczególną uwagę ich leczeniu. Istnieją 3 sposoby leczenia: chirurgiczny, środkami fizykalnemi (elektrokoagulacja, Roentgen, rad), tudzież równoczesne zastosowanie obu sposobów. Wyniki zależą od różnych czynników; najważniejszemi są:

1. Anatomo-patologiczna przyroda nowotworu. Pewne postacie nowotworów są szczególnie oporne na środki fizykalne (nabłoniaki), inne są na nie bardzo czułe (mięsaki limfatyczne).

2. Siedziba schorzenia: nowotwory wychodzące z okolicy okolotrąbkowej dają najgorsze wyniki lecznicze.

3. Rozległość guza w chwili rozpoznania. Niestety naogół nowotwory te są bardzo późno rozpoznawane, więc w okresie, kiedy są już bardzo duże.

Wyniki lecznicze są niepomyślne; najlepsze wyniki dają guzy ograniczone i umiejscowione na małym odcinku.

J. Spira (Kraków).

Postacie rzekomo-nowotworowe kiły jam nosowych. M. BERGER. Rev. de Lar. Otol. Nr. 8. 1933.

1. Kiła jam nosowych może przebiegać pod postacią guzów, których klinicznie nie można odróżnić od nowotworów złośliwych; stąd uzasadnioną jest nazwa: postacie rzekomo-nowotworowe kiły jam nosowych.

2. W celu ustalenia rozpoznania koniecznem jest przeprowadzenie badań pomocniczych: serologicznych, bakterjologicznych i anatomo-patologicznych. Wyniki tych badań nie są całkiem pewne; w szczególności może kiła dawać obrazy histopatologiczne podobne do gruźlicy i do nowotworów złośliwych.

3. Najpewniejszym środkiem do ustalenia rozpoznania jest leczenie przeciwkiłowe.

4. W przypadkach wątpliwych należy zawsze myśleć o kile; lepiej wszędzie widzieć kiłę niż raz jeden ją przeoczyć.

J. Spira (Kraków).

Rola bronchoezofagoskopji. A. J. FELDMANN. Rev. de Lar. Otol. Nr. 9. 1933.

Bronchoezofagoskopja ograniczała się początkowo do szczupłego zakresu wyciągania ciał obcych. Dziś stała się ona ważnym środkiem pomocniczym przy badaniu, stawianiu rozpoznania i leczeniu wielu chorób. Autor omawia szczegółowo rolę bronchoezofagoskopji w przebiegu chorób dróg oddechowych i przełyku.

J. Spira (Kraków).

Leczenie raka chlorofilem. I. DAWID-GALATZ. Rev. de Lar. Otol. Nr. 8. 1933.

Autor stosuje w przypadkach raków krtani wstrzykiwania wśródżylne chlorofilu z naświetlaniami promieniami Roentgena. (Praca nie jest bardzo przekonywująca, zaś podane wyniki — przeważnie poprawa, a nie wyleczenie — możnaby położyć na karb działania naświetlań). *J. Spira* (Kraków).

Rozpoznawanie i leczenie raka krtani. E. DARABAN. Rev. de Lar. Otol. Nr. 8. 1933.

Autor jest bezwzględnym zwolennikiem chirurgicznego leczenia raków krtani i wykazuje wyższość tego sposobu leczenia nad leczeniem naświetlaniami Roentgenem lub radem.

J. Spira (Kraków).

Badanie rynolaryngologiczne chorych na gruźlicę płuc. H. RETROUVEY. Rev. de Lar. Otol. Nr. 9. 1933.

Autor przebadał górne drogi oddechowe u 986 chorych, którzy zgłosili się w przeciągu jednego roku w ośrodku przeciwgruźliczym w Finistère. Praca podaje bardzo ciekawe dane statystyczne i wykazuje znaczenie badania rynolaryngologicznego w odkrywaniu i profilaktyce gruźlicy. *J. Spira* (Kraków).

Autohemoterapja w ozenie. MAYRELLES DO SANTO. Rev. de Lar. Otol. Nr. 9. 1933.

1. Autohemoterapja jest sposobem leczniczym, który należy zawsze spróbować w ozenie.

2. Jest to sposób łatwy i prosty.

3. Wyniki doskonałe: po 6—12 zastrzykach znikają strupy i cuchnienie, ustępują bóle głowy i zatkanie nosa.

4. Po ukończeniu kuracji należy stosować maść ichjolową do nosa i jodek potasu wewnętrznie.

(Wyniki leczenia budzą u referenta poważne wątpliwości tem bardziej, że inni autorowie stosowali ten sam sposób leczenia z wynikami ujemnemi). *J. Spira* (Kraków).

Leczenie endoskopowe wewnątrzoskrzelowe w przypadkach ostrych ropni płuc. A. SOULAS. Rev. de Lar. Otol. Nr. 9. 1933.

Autor leczył ropnie płuc zapomocą bronchoskopji i otrzymał 77% wyleczeń (47 przypadków — 33 wyleczeń). Najważniejszej roli nie odgrywa aspiracja, lecz oczyszczanie błony śluzowej i odetkanie światła oskrzeli, przez to zostaje przywrócona rola fizjologiczna przewodów oskrzelowych i ułatwiona ewakuacja ropy. *J. Spira* (Kraków).

Kuracja milczenia w chorobach krtani. BARRAUD. Rev. de Lar. Otol. Nr. 9. 1933.

Znaną jest rzeczą, że przy wielu chorobach krtani zwłaszcza przy gruźlicy krtani poleca się chorym bezwzględne milczenie. Niestety chorzy niejednokrotnie obchodzą ten przepis w ten sposób, że mówią szeptem. Autor wskazuje na fakt, że mówienie szeptem przez dłuższy okres czasu pociąga za sobą fatalne następstwa. Mianowicie podczas fonacji przychodzi do skurczu podgłośniowej części krtani, a to w celu większego zbliżenia do siebie strun fałszywych. Następstwem tego skurczu jest przekrwienie żylne a później przerost w okolicy strun fałszywych. Przerost dochodzi niejednokrotnie do takich rozmiarów, że nie pozwala strunom prawdziwym zbliżyć się do siebie. Chorzy tacy nawet po wyzdrowieniu z pierwotnej choroby mówią głosem zachrypniętym.

Na fakt ten należy zwrócić uwagę lekarzy praktyków i lekarzy sanatoryjnych; zaś chorych powinno się uświadomić w tym kierunku, że milczenie musi być bezwzględne. O ile zaś chory musi mówić, to lepsze jest mówienie głośne niż natężonym szeptem. *J. Spira* (Kraków).

Czopki z cybalginą, doodbytniczy środek przeciwbólowy. E. LUESCHER. Mntschr. f. Ohrenhk. u. Laryng. Z. 8. 1934.

Czopki z cybalginą mają tę przewagę nad przyjęciem doustnem, że udaje się uniknąć chemicznego i mechanicznego podrażnienia przy połykaniu lekarstwa, co szczególnie jest ważne po usunięciu migdałków. Autor wypróbował czopki w klinice oto-laryngologicznej Uniwersytetu Berneńskiego w przeszło 100 przypadkach, stwierdzając, że nadają się szczególnie po tonsilektomji, w połykaniu bolesnem i oddają specjalnie duże usługi w praktyce dziecięcej. Dawka pojedyńcza u dorosłych wynosi 0,5 cybalginy, u dzieci 0,25 (małe dzieci nie nadają się do tego leczenia), w tych też 2 dawkach znajdują się czopki w handlu [1]). Dawka dzienna wynosi 3—4 czopki. Na jelita nie wywierają żadnego wpływu, jedynie w razie zbyt silnej senności dawkę dzienną należy zmniejszyć. *W. Kurowski* (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 września 1934 roku.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Maksymiljan Blasberg.

Przewodniczący wita w języku polskim i niemieckim kol. Dra Dreikursa z Wiednia, dziękując mu za podjęcie trudu wygłoszenia w tutejszem Towarzystwie wykładu.

Dr. Rudolf Dreikurs z Wiednia wygłosił wykład p. t.: *„Das Wesen der Neurose"* (wykład w języku niemieckim).

W dyskusji zabierali głos Kol.: Dyr. Dr. Stryjeński, Dr. Bornstein, Dr. Kirschner, Dr. Glasner, Doc. Dr. Bilikiewicz, Dr. Blasberg, oraz w *odpowiedzi* Dr. Dreikurs.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego wspólnie z Towarzystwem Ginekologicznem z dnia 10 października 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz, przy współudziale Prezesa T-wa Ginekolog. Doc. Dr. T. Kellera.

Płk. Dr. E. Rosenhauch przedstawił *przypadek ciała obcego w oku.*

---

[1]) W Polsce niema gotowych czopków w handlu. Można je zapisywać w receptach *magistraliter*. (Dop. tłum.).

Dr. E. T u r y n a przedstawił z Oddziału Ginekol.-położn. Szpitala św. Łazarza *przypadek raka jajników.*

W dyskusji nad przypadkiem Doc. S z y m a n o w i c z podnosi, że powyższy przypadek, gdzie nowotwór przedstawiał się w postaci 2 guzów wolnych i nie przechodzących na otoczenie jest unikatem, gdyż zazwyczaj przypadki raka jajników zgłaszają się w stanie desperackim z rozsianiem nowotworu w otrzewnej i przerzutami odległemi. Rokowanie w takich przypadkach jaki przedstawiono jest stosunkowo dobre, zwłaszcza, jeżeli naświetli się chorą zapobiegawczo promieniami Roentgena.

Dr. J. G r ü n h u t przedstawia *przypadek raka pierwotnego jajowodu.*

Dr. S. S c h w a r z, również z Oddziału Gin.-położn. Szpitala św. Łazarza przedstawił *przypadek pękniętej ciąży pozamacicznej w rogu macicy prawym,* przyczem jajo płodowe wielkości odpowiadającej ciąży V. miesięcy księżycowych, wśród znacznego krwawienia urodziło się do jamy brzusznej. Chora, 32-letnia prostytutka była operowana przed 2 laty spowodu lewostronnej ciąży jajowodowej.

Dr. Jan L a c h s, Ordynator Szpitala Izraelitów w Krakowie wygłosił odczyt p. t.: „*Z dziejów embrjologji*". (Praca przeznaczona do druku). Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 17 października 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. S z y m a n o w i c z.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Po odbytem głosowaniu przyjęto na członka T-wa Kol. Janinę S m r e c z y ń s k ą.

Doc. Dr. S. N o w i c k i i Dr. A. Ś l ą c z k a, z Kliniki Chirurgicznej i Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. przedstawili *przypadek wyleczonego ropnia mózgu.*

W dyskusji nad przypadkiem zabierali głos: Kol. S p i r a, Doc. M i o d o ń s k i, Doc. S z y m a n o w i c z i *w odpowiedzi:* Doc. N o w i c k i.

Płk. Dr. E. R o s e n h a u c h wygłosił wykład p. t.: „*Odklejenie siatkówki*". (Praca przeznaczona do druku).

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

P r o t o k ó ł XXIV p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o, odbytego dnia 9 listopada 1934.

Przewodniczy: Kol. W. C z e r n e c k i.

1. Na wstępie zabrał głos kol. W ę g r z y n o w s k i w sprawie szerzenia się groźnej epidemji czerwonki i duru brzusznego na terenie Małopolski Wschodniej, zwracając się w imieniu Związku Lekarzy Państwa Polskiego do Towarzystwa Lekarskiego, by Zarząd Tow. Lek. zwrócił uwagę miarodajnych czynników na powyższą sprawę.

2. Kol. R o t h f e l d, czł. T-wa, omawia przypadek, dotyczący kobiety lat 58, która zachorowała nagle z końcem lipca ub. r. wśród bólów głowy, wymiotów i senności. Po kilku dniach choroby umieszczono ją w szpitalu Ubezpieczalni Lwowskiej, gdzie stwierdzono prócz wymienionych objawów sztywność karku, objaw Kerniga, w płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytów 60/3, Pandy ++++, Wassermann w płynie i we krwi ujemny. Dno oka prawidłowe. W dalszym przebiegu wystąpił niedowład połowiczy, prawostronny. Powtórne nakłucie lędźwiowe wykazało 40/3 limfocytów. Pandy ++, odczyn z chlorkiem złota 222232211. W ciągu dalszej obserwacji tarcza zastoinowa na prawem oku. W tym okresie przeniesiono chorą na Klinikę. Przedmiotowo: senność, apatia, brak zainteresowania dla otoczenia i dla własnej choroby, zwolnienie wszystkich czynności psychicznych i motorycznych, odpowiada z trudem na pytania, mówi głosem cichym, szeptem. Ruchy kończynami wykonuje bardzo powoli, brak porażeń. Zwiększone napięcie mięśniowe w prawostronnych kończynach. Babiński obustronnie dodatni. Niedowład obu mięśni zewnętrznych prostych oczu, z trudnością spoziera ku górze; język zbacza nieco ku stronie prawej. Obustronna tarcza zastoinowa. Płyn mózgowo-rdzeniowy: ciśnienie 160 mm. Pandy +++, Nonne ++, limfocytów 18/3, leukocytów 1/3. Odczyn z chlorkiem złota 1113421111. Stopniowo pogłębia się prawostronna hemipareza, zwłaszcza napięcie mięśniowe; wyraźne drżenie w prawej ręce. Przy kilkakrotnych badaniach brak apraksji. Sztywność karku utrzymuje się, ale mniejsza. Powtórne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje duże ciśnienie, limfocytów 14/3, leukocytów 12/3, Pandy ++++, Nonne +. Odruch zginania występował zmiennie, częściej był obustronny, czasami jednak tylko po stronie lewej. W chwili przybycia do Kliniki rozpoznanie nowotworu mózgu nie ulegało wątpliwości. Pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym nie wyklucza tego rozpoznania, a nawet jak w naszym przypadku może wyjaśnić nagłe wystąpienie objawów chorobowych. Przyjęto w tym przypadku, że nowotwór rozrastał się nie dając początkowo żadnych objawów, dopiero kiedy się zbliżył do komory i zajął samą ścianę komory, nastąpiło przebicie nacieków leuko-, względnie limfocytarnych do światła komory i stąd pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dalszym objawem, na którym się opierało umiejscowienie nowotworu, był prawostronny niedowład o cechach niedowładu pozapiramidowego. Zaburzenia psychiczne, aczkolwiek same przez się nie mają znaczenia lokalizacyjnego, wskazałyby, łącznie z omówionemi już objawami na płat czołowy. Obustronny odruch zginania wskazuje na ognisko, które zajmuje płat czołowy przed i za kolanem spoidła. (Teoretyczne rozważania każą przyjąć, że obustronny odruch zginania mógłby wystąpić także przy nowotworze spoidła). Ustalono rozpoznanie nowotworu w lewym płacie czołowym, który zajmuje równocześnie ośrodki podkorowe i dochodzi do komory bocznej. Chorą przeniesiono na Klinikę Chirurgiczną celem wykonania trepanacji dekompresyjnej, ponieważ nie było nadziei zupełnego usunięcia guza, wobec głębokiego wnikania nowotworu. Przed zabiegiem operacyjnym wypełniono komorę powietrzem, przyczem okazało się, że prawa komora lepiej się wypełnia niż lewa. Do operacji nie doszło, ponieważ chora zmarła dwa dni później. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne; stwierdzono glejak *(glioblastoma multiforme)* dużych rozmiarów, zajmujący przednią część płatu czołowego i sięgający do ośrodków podkorowych, przyczem ściana komory była nowotworowo nacieczona. Mówca podnosi, że do dokładnego umiejscowienia pomogły w tym przypadku wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego i odruch zginania. Porównanie wyników kilkakrotnie przeprowadzonych badań płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało w tym przypadku, że pleocytoza była przejściową, co potwierdza przypuszczenie autora, wypowiedziane w pracy o pleocytozie w przebiegu nowotworu mózgu, (zobacz P. G. L. Nr. 46 i 47. 1934), że pleocytoza w tych razach nie jest objawem stałym.

W dyskusji: Kol. T e p p a, S c h r a m m, D o m a s z e w i c z i R o t h f e l d *w odpowiedzi.* Kol. S c h r a m m podnosi wartość encefalografji, wentrikulografji, i arterjografji jako wstępnych badań przed zabiegiem operacyjnym. Bez powyższych pomocniczych metod nie powinno się zdaniem Dandyego przystępować do zabiegu operacyjnego. Kol. Schramm wyraża życzenie, aby chirurgja polska poszła śladami chirurgji amerykańskiej, gdyż zaniedbaną jest dotychczas tak ważna gałąź chirurgji. Uważa za wskazane zaznajomienie się z tym działem chirurgji, który najwyżej rozwinął się w Ameryce. Kol. D o m a s z e w i c z zaznacza, że stosuje pomocnicze metody rozpoznawcze przed samym zabiegiem operacyjnym. W ostatnich czasach wentrikulografja ma mniejsze zastosowanie, a wykonywana bywa w przypadkach wątpliwych.

3. Kol. K w i a t k o w s k i, czł. T-wa: *Scleroedema adultorum Buschke.* U 20-letn. robotnika z Turki wystąpiło na wiosnę pr. r. w okresie rekonwalescencji po durze plamistym stwardnienie skóry na brzuchu, klatce piersiowej, szyi, karku, ramionach i przedramionach. Mniejwięcej w sierpniu przeszło na uda, poczem zaczęło powoli ustępować. Nie sprawiało ono choremu żadnych dolegliwości, ograniczało tylko i to w dość znacznym stopniu ruchy szyi i ramion. Dziś zmiany znajdują się w okresie ustępowania, są jednak jeszcze dość wyraźne, widoczne na twarzy (wygląd „maskowaty"), częściowo na szyi, klatce piersiowej i ramionach; skóra jest tu zgrubiała, barwy prawidłowej, z trudem daje się ująć w grube fałdy, jednakże dość sprężyste i szybko wyrównujące się. Na powierzchni swojej skóra daje się lekko zmarszczać w delikatne fałdziki, co dowodzi, że proces chorobowy dotyczy głębszych warstw skóry właściwej i tkanki podskórnej. Chorego obserwował dzięki uprzejmości kolegi F r o m m e r a z Drohobycza od września pr. r. Wówczas zmiany były daleko rozleglejsze i wyraźniejsze, dotyczyły niemal całego ciała z wyjątkiem rąk, podudzi, stóp, moszen i prącia. Skóra była wówczas niemal deskowato twarda, jakby woskiem przepojona, napięta, ruchy szyi, kończyn górnych i klatki piersiowej były utrudnione. Przedmiotowo odczuwał chory jakby ściskanie pancerzem. Ucisk palcem nie zostawiał żadnego śladu. Do badania histologicznego wyciął prelegent skrawek skóry ze zmian na klatce piersiowej. W preparatach, wykonanych przez kol. J a ł o w e g o stwierdził: przybłonek i warstwa brodawkowa prawidłowe. W warstwie podbrodawkowej włókna klejorodne są miejscami napęczniałe, jakby rozszczepione, a między poszczególnemi pęczkami widać tu i ówdzie wolne przestrzenie. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej skóry właściwej widać

nacieki, ułożone wyłącznie dokoła naczyń krwionośnych, otulając je płaszczowato i obrysowując nieraz na dość długich odcinkach ich przebieg. Nacieki te składają się z komórek krągłych, tu i ówdzie dostrzega się komórki tuczne. Nie stwierdzono obecności ani śluzu ani substancji podobnej do śluzu. Ponieważ szereg autorów zwraca uwagę na łączność *scleroedema* z zaburzeniami gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza tarczycy, przeto przeprowadzono szczegółowe badania w tym kierunku. Badanie przemiany podstawowej, wykonane przez kol. Malczyńskiego w Instytucie Patologji Prof. Frankego dało wynik: 8%, a więc wykazało wartości, bliskie dolnej granicy normy. Ponieważ nie wyklucza to jeszcze braku obniżonej czynności tarczycy, przeto kol. Elmer wykonał u chorego swoją próbę, oddającą cenne usługi właśnie w przypadkach „poronnej" niedomogi tarczycy. Próba ta wykazała, że w ciągu pierwszych 6 godzin po wstrzyknięciu jodu wydzieliło się 22%. U chorego stwierdzono więc wartości graniczne, t. j. skłonność do wzmożonego wydzielania jodu, co może wskazywać na istnienie bardzo lekko zaznaczonej niedomogi tarczycy. Inne badania pomocnicze wykazały: lekką limfocytozę (34%), poziom wapnia we krwi prawidłowy (Kol. Elmer), mocz i narządy wewnętrzne bez zmian, bardzo nieznaczne wzmożenie pobudliwości układu współczulnego.

Scleroedema adultorum zostało wyodrębnione w roku 1900. Jest to schorzenie rzadkie (do r. 1929 zebrał Rummert 35 przypadków); niewątpliwie jednak jest ono częstszem, lecz bywa mylnie rozpoznawane jako twardzina. Występuje przeważnie w wieku młodym, wyjątkowo u dzieci i osesków, prawie zawsze po ostrych chorobach zakaźnych, jak np. grypie, płonicy, zapaleniu mózgu, a nawet po zwykłym liszajcu *(impetigo)*. Darier zwraca uwagę na łączność z urazami. Patogeneza jest nieznana. Za tem, że odgrywa tu pewną rolę tarczyca, przemawiają 2 okoliczności: korzystny wynik leczenia wyciągami tego narządu oraz badanie Freunda, który w skrawkach stwierdził obecność substancji podobnej do śluzu, barwiącej się pięknie, metachromatycznie fioletem krezylu. Przebieg jest przeważnie ostry, zmiany rozwijają się szybko i w ciągu kilku miesięcy ustępują. Wyjątkowo utrzymują się latami lub nawracają. Rokowanie jest prawie zawsze bardzo pomyślne, po krótszym lub dłuższym okresie czasu przychodzi do zupełnej inwolucji bez pozostawienia śladów, czyto w postaci zaników, czy też przebarwień. Leczenie jest bardzo proste: spokój, kąpiele ciepłe, masaże, wcieranie maści salicylowej, podawanie wyciągów narządów o wewnętrznem wydzielaniu a zwłaszcza tarczycy. Należy jednak pamiętać, że schorzenie mija i bez jakiegokolwiek leczenia. W rozpoznaniu różniczkowem przedewszystkiem wykluczyć należy rozlaną twardzinę, która rozwija się wolniej, trwa bez porównania dłużej i prowadzi do zmian barwikowych i zanikowych skóry. W przypadkach, dotyczących osesków wykluczyć należy: *Scleroma oedematosum* (początek na podudziach, ucisk palcem pozostawia wgłębienie, przy nakłuciu wydobywa się obficie płyn surowiczy, stan ogólny ciężki); *Scleroma adiposum* (skóra jest jakby pomarszczona, trupio blada, sucha, przylegająca do podłoża, bardzo ciężki stan ogólny. *„cri de détresse"*, (przeważnie *exitus* w kilku dniach); *Adiponecrosis subcutanea* (dotyczy noworodków bardzo dobrze rozwiniętych, zaczyna się w postaci mnogich stwardnień tkanki podskórnej, dopiero następowo zlewających się. Rokowanie bardzo dobre). Wykluczenie włośnicy, ostrego zapalenia skóry i mięśni, otyłości bolesnej Dercuma oraz obrzęku śluzowatego — nie będzie przedstawiało większych trudności. Natomiast trudniejszem może być odróżnienie od *Trophoedema* Meige'a. Jest to schorzenie, występujące u młodych kobiet, a dotyczące tylko pewnych okolic ciała, przeważnie kończyn dolnych, rzadziej górnych lub twarzy. Skóra ma tu charakter słoniowato zmienionej (stąd nazwa!). Powstawaniu obrzęków towarzyszą często silne bóle neuralgiczne i parestezje. Ściśle mówiąc określenie *„scleroedema"* nie jest odpowiednie; nie chodzi tu bowiem o obrzęk i raczej należałoby używać nazwy *„Sclerema"*. Nazwę polską trudno prelegentowi ustalić. Nazwa „twardzina obrzękowa", używana — zresztą niesłusznie dla określenia *„Sclerema neonatorum"*, nie może tu mieć zastosowania: schorzenie, opisane przez Buschkego nie jest ani twardziną ani obrzękiem. Proponowałbym więc wprowadzenie nazwy: „Stwardnienie skóry rozlane u dorosłych typu Buschkego".

4. Kol. Karczyński, czł. T-wa, wygłosił wykład p. t.: *Kwas mrówkowy w lecznictwie schorzeń gośćcowych* (ukaże się w druku). Prelegent przedstawił wyniki leczenia 54 przypadków różnych schorzeń gośćcowych kwasem mrówkowym wyrobu firmy „Laokoon". Zważywszy, że w leczeniu gośćca ważną rolę odgrywają bodźce, należy się starać, by dobierać środki, któreby nie wprowadzały większego zaburzenia równowagi ustroju. Specjalnie dobre wyniki spostrzegał w bólach nerwowych, co odnieść należy do wyjątkowej wrażliwości tych stanów na bodźce silne i dlatego dla tych stanów nadają się bodźce słabe, jakim jest kwas mrówkowy. Sam odczyn po dodaniu kwasu mrówkowego przebiega dwufazowo. Sprawa mechanizmu działania nie jest jasna i wymagałaby specjalnych badań klinicznych. W każdym razie w wymienionym preparacie mamy cenną pomoc w leczeniu gośćca. Z uwagi na swą taniość i łatwość stosowania przypuszczać należy, że w arsenale środków przeciwgośćcowych zajmie on odpowiednie miejsce.

W dyskusji: Kol. Halpern zaznacza, że preparat *acid. formic. cum Natr. salic.* fabryki „Laokoon" stosuje już od 2 lat w Przychodni Przeciwreumatycznej Szpitala Żydowskiego we Lwowie, o czem wspominał w sprawozdaniu Przychodni w Nr. 33, 1934 P. G. L. Do końca grudnia 1933 r. stosowano powyższy preparat w 36 przypadkach, z tego 9 było wyleczonych, 18 z poprawą a w 9 przypadkach bez efektu, czyli z dobrym wynikiem w 75% przypadków. W roku 1934 stosował w 18 przypadkach, z tego było 5 wyleczonych, 7 z poprawą, a w 6 przypadkach bez wyniku. Z dotychczasowych spostrzeżeń najlepszy wynik miał w przypadkach *Omarthritis rheumatic., Polyarthritis rheum. chron., Polyarthritis rheum. subacuta*. Wspomina o jednym przypadku skazy moczanowej (6 mg kwasu moczowego na 100 cm^3 krwi, *tophi* na uszach, typowe napady bólów w stawach dużego palca i stawie kolanowym powtarzające się co 4—6 tygodni) chory dostał 6 zastrzyków *Acid. form.* i od tego czasu czuje się zupełnie dobrze, a napady dny więcej się dotychczas nie powtórzyły. Przy stosowaniu powyższego preparatu nie stwierdził żadnego toksycznego ani też innego szkodliwego działania. Co do dawkowania, to stosował serję składającą się z 6 zastrzyków po 1 cm^3 w odstępach tygodniowych.

Sekretarz Doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 28 marca 1934 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Eisner przedstawia *przypadek porażenia nerwu twarzowego* po ranie postrzałowej czaszki. Operacja polegająca na połączeniu obwodowej gałązki nerwu twarzowego z centralną nerwu podjęzykowego. Wynik operacji bardzo dobry, chory zamyka oko i porusza kątem ust.

2. Kol. Kotok demonstruje chorego lat 62 z oddziału wewnętrznego A Szpitala Poznańskich z klinicznie i rentgenologicznie stwierdzonym *wrzodem żołądka*.

Chory w ciągu kilku miesięcy pozostawał w domu w łóżku, leczony farmakologicznie i dietetycznie, ale bez skutku: nadal trwały uporczywe bóle, obecna krew utajona w kale. Wobec tego chory udał się do szpitala zdecydowany nawet na zabieg operacyjny.

W szpitalu zastosowano wg. metody Barrano wstrzykiwania *Natr. benzoici* w 25% roztworze 2 cm^3 dożylnie codziennie naczczo. Poprawa kliniczna rozpoczęła się przejawiać mniejwięcej po 30 zastrzykach. Obecnie po 60 zastrzykiwaniach chory czuje się zupełnie dobrze, krew utajona w kale ostatnio od miesiąca nieobecna. Chory pozostawał na specjalnej diecie mlecznej.

Nie wysuwając żadnych daleko idących wniosków z tego pojedynczego przypadku, prelegent pozwala sobie go jednak zademonstrować dla zachęcenia do dalszych prób nad tą metodą leczniczą.

W dyskusji: Kol. L. Minc przypuszcza, że sama dieta, stosowana przez dłuższy czas, wpłynąć może uzdrawiająco.

Kol. Szyfman podkreśla, że włoski klinicysta Barrano, który zaproponował tę metodę, przeprowadził kurację tę u kilkudziesięciu chorych z wynikiem bardzo dobrym, potwierdzonym prawie we wszystkich przypadkach i rentgenologicznie, przyczem u chorych tych nie stosował nawet żadnej diety. Dzisiejszy pokaz miał na celu przedewszystkiem zwrócenie uwagi na tę nową, godną dalszych prób, metodę.

3. Kol. Fajwlewicz przedstawia *przypadek obustronnej gruźlicy płuc z jamami w obydwu płucach, leczony odmą sztuczną obustronną równocześnie.* Chora lat 22, panna, mieszkanka wsi. W wywiadach u obojga rodziców *tbc.;* rodzeństwo zdrowe. Przybywa po raz pierwszy do szpitala w czerwcu 1933 r.; choroba trwa od maja tegoż roku. W szpitalu ciepłota prawidłowa; za sprawą czynną przemawiają poza danemi opukowemi i osłuchowemi przyśpieszone opadanie (40') oraz stałe przyśpieszenie tętna. Nie pluje. W rentgenie: rozległe zmiany o charakterze mieszanym w płucu prawem, jama w okolicy podobojczykowej prawej, twarde, smugowate cienie zagęszczenia w wierzchołku lewym. Zastosowano leczenie odmą prawostronną. Chora otrzy-

muje kolejne insuflacje 300, 500, 600 cm³. W rentgenie pas odmy szerokości 4 palców, jama prawie uciśnięta. Chora w stanie znacznej poprawy opuszcza szpital, poczem otrzymuje ambulatoryjnie dalszych 11 insuflacyj, w czasie których stan poprawy utrzymuje się. W lutym r. b. chora zapada rzekomo na „grypę", po której lekarz stwierdza świeże zmiany w płucu lewem i kieruje chorą ponownie do szpitala celem założenia odmy obustronnej. Chora otrzymuje w szpitalu 3 insuflacje po stronie lewej, jedną — po prawej. Mimo dużych insuflacyj z obu stron (500 cm³) i szerokiego na 3½ palca pasa powietrza z każdej strony w rentgenie, chora żadnych przykrych sensacyj nie miewa i czuje się dobrze. Pomiędzy poszczególnemi odmami chora otrzymuje dożylnie aurosan w *calc. chloratum*. Chora opuszcza szpital z dużą poprawą.

Zostają przedstawione 2 klisze rentgenowskie i omówione wskazania do obustronnej odmy (przewlekły lub podostry przebieg, dobry stan ogólny, młody wiek, wydolny narząd krążenia, bilateralizacja w czasie leczenia odmą jednostronną).

W dyskusji: Kol. Fajwlewicz podkreśla poprawę w ocenie danych rentgen. oraz kliniczną w czasie obserwacji szpitalnej.

Kol. Reiterowski zaznacza, że kilkutygodniowa obserwacja szpitalna nie przemawia jeszcze za zupełnem wyleczeniem, możliwe są dalsze pogorszenia.

4. Kol. Szyfman przedstawił chorego, który był przyjęty do szpitala jako podejrzany na wrzód żołądka, zdjęcie rentgenowskie nie wykazało owrzodzenia, badanie krwi wykazało poliglobulję, ze zmniejszoną ilością kwasu solnego w treści żołądkowej *(hypaciditas)*. Chory uskarżał się na zawroty i bóle głowy oraz ucisk w dołku podsercowym. Badanie treści żołądkowej wykazało wybitną niedokwaśność. Badanie treści dwunastniczej wykazało obecność *lamblii intestinalis*. Badanie morfologiczne krwi: E.: 6,740,000, Hb.: 127%, I.: 0,9. Obraz czerwonych ciałek krwi normalny. Hemogram: ilość b. c. krwi = 8.550, obojętnochłonnych = 72%, pałeczkowatych 12%, segment. 60%, kwasochł. 1%, limfoc. 20%, monoc. 7%, śledziona niemacalna - PP - 120/80 mm Hg.

Przypadek zasługuje na uwagę z 2 względów: po pierwsze ze względu na lambljazę, od której zależą najprawdopodobniej dolegliwości żołądkowe chorego, po drugie ze względu na rzadko spotykany zespół chorobowy, mianowicie wybitną niedokwaśność towarzyszącą policytemji *(polyglobulia vera)*.

Kol. Turyn: Podobnie jak w przypadku demonstrowanym policytemji towarzyszy najczęściej brak kwasu solnego w żołądku.

5. Kol. Szyfman wygłosił referat p. t.: *„Z kazuistyki stanów śpiączkowych u chorych na cukrzycę"*.

Na wstępie referent podkreśla trudności, jakie nastręcza w praktyce rozpoznawanie stanów śpiączkowych u cukrzycowych, podając przytem cechy różniczkowe najczęściej spostrzeganych stanów komatycznych, mianowicie: *coma diabeticum, coma hypoglycaemicum, coma arterioscleroticum (vel cerebrale), coma uraemicum*, wreszcie *coma cardio-vasculare*.

Następnie omawia szczegółowo dwa przypadki *coma arterioscleroticum (vel cerebrale)* u chorych na cukrzycę, obserwowane na oddziale szpitalnym. Jeden z tych przypadków zasługuje na uwagę ze względu na to, że do sprawy sklerotycznej dołączyła się kwasica. Wystąpiła więc kombinacja: *coma arterioscleroticum: coma diabeticum*.

Przypadek drugi dotyczył 72-letniej, dotkniętej cukrzycą i miażdżycą pacjentki, leczonej w domu insuliną. W przypadku tym zasługuje na uwagę wystąpienie objawów hipoglikemicznych w przebiegu *coma cerebrale*, przy minimalnych dawkach insuliny. Powstanie hipoglikemji tłumaczy się po pierwsze tem, że chorej zastrzykiwano w domu insulinę podczas dwudniowego głodzenia się i powtóre, że chorzy na sklerozę są wybitnie wrażliwi na obniżanie poziomu cukru we krwi. Z tego właśnie względu stosowanie insuliny u chorych na sklerozę wymaga specjalnych ostrożności.

6. Kol. Kryszek i kol. Barciński wygłosili: *„Z kliniki i terapji policytemji"*.

Kol. Kryszek omawia zagadnienie czerwienicy. Po omówieniu używanej nomenklatury *(polycythaemia, polyglobulia, erythraemia)*, różnicy pomiędzy poliglobulją pierwotną a wtórną, zatrzymuje się dłużej nad poszczególnemi postaciami klinicznemi czerwienicy. Podkreśla częstość występowania postaci bez powiększonej śledziony i bez nadciśnienia, poczem omawia szczegółowo cztery przypadki (jeden z oddziału neurologicznego Dr. Klozenberga) czerwienicy i siedem przypadków poliglobulji wtórnej.

Omawiając przypadki, nawiązuje do patogenezy i symptomatologji schorzenia, poczem omawia stosowane w tem schorzeniu metody leczenia, a więc: upusty krwi, nakłucia lędźwiowe, wdechanie tlenu, małe dawki wątroby, duże dawki As, tyreoidynę, śledzionę, wreszcie — metodę wybiórczą — Roentgena (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. J. Barciński. Prelegent na wstępie omawia historyczny rozwój leczenia prom. Roentgena czerwienicy: od odosobnionych naświetlań śledziony, poprzez łączne napromienianie śledziony, kości długich i mostka, aż do wyłącznych napromieniań kości długich i mostka, która to ostatnia metoda przez długi czas uchodziła za metodę najlepszą. W związku z demonstrowanemi 4 przypadkami czerwienicy prelegent zatrzymuje się dłużej nad techniką napromieniań kości długich i osiągniętemi wynikami leczniczemi. Zaobserwowane w I-szym przypadku początkujące zmiany zanikowe skóry, jako wyraz urazu popromiennego, skłaniają prelegenta do zmiany techniki rentgenoterapeutycznej w myśl zalecanych przez Sgalitzera napromieniań ogólnych. Osiągnięto wyniki lecznicze znacznie lepsze. Na tej podstawie prelegent ocenia metodę napromieniań ogólnych jako skuteczniejszą, szybszą i bardziej ekonomiczną.

W dyskusji: Kol. Turyn: O ile wskazane jest leczenie policytemji metodami zmniejszającemi ilość krwi krążącej, to dążenie do redukcji liczby erytrocytów w poliglobuljach wynikających z głodu tlenowego jest wręcz szkodliwe. Chorzy tacy przy normalnej liczbie erytrocytów duszą się. Kol. Turyn omawia cechy krwi w policytemji i poliglobulji; oddzielnie stoją poliglobulje przy nadkwaśności: są fizjologiczne, stanowią cechę ustrojową, nie kompensują nic, nie mają żadnych cech patologicznych. Wzór ciałek białych mają również inny niż policytemje i poliglobulje wtórne.

Kol. Lewenfisz. Rentgenoterapja ma zastosowanie nietylko w policytemjach pierwotnych lecz i w policytemjach wtórnych. Jeśli w policytemjach pierwotnych promienie X działają bezpośrednio na wzmożoną czynność szpiku kostnego, a więc na tkankę, w której powstawanie czerwonych ciałek krwi uległo zaburzeniu, co jest istotą tego schorzenia, to w policytemjach wtórnych skuteczność rentgenoterapji wydawać się może conajmniej dziwną. W 1930 roku ukazał się artykuł d-rów: Pagniez, Rouxquès i Solomona w piśmie: *„Le Sang"* (Tom IV. Nr. 2. 1930) p. t. *„Radiothérapie et physio-pathologie des poliglobulies d'origine cardio-pulmonaire"*, w którym autorzy przytaczają dodatnie wyniki leczenia rentgenoterapją policytemji wtórnej. U przytoczonych chorych wraz z poliglobulją ustąpiła również sinica, duszność i tachykardja. Poprawa utrzymywała się dość długo, przeszło rok. Poprawę tę z punktu widzenia koncepcji klasycznej i fizjopatologji policytemij wtórnych należy sobie wytłumaczyć tem, że poliglobulja, która u tego rodzaju chorych jest obroną ustroju, może nieraz przekroczyć jego potrzeby, przyczyniając się w ten sposób do powstawania sinicy i duszności.

Pozatem wspomnę, że liczba czerwonych ciałek krwi, przy naświetlaniu nawet dużemi dawkami rentgenowskiemi kości długich w policytemji, nie obniża się poniżej normy fizjologicznej, tak jakby promienie X działały wyłącznie na nadmiar erytrocytów. Jeśli chodzi o białe ciałka krwi, to podczas naświetlań obserwujemy niemal wyłącznie przejściową eozynofilję.

Następnie zabierali głos koledzy Waiskopf, Szyfman i Kocen.

Dr. Kryszek w *odpowiedzi:*

Kol. Wajskopfowi — wątrobę stosuje Stephan w małych dawkach, Türck zaś As w dużych dawkach. Przekarmianie tłuszczem podał ostatnio Rothman.

Kol. Turynowi — policytemję cechują objawy regeneracji krwi, a więc normoblasty, polichromatofilja, retikulocytoza, zwiększenie zasadochłonnych komórek, wreszcie leukocytoza. Cechy te nie występują w poliglobulji wtórnej. Niema zatem potrzeby tworzenia poza policytemją pierwotną i poliglobulją wtórną pośredniej trzeciej postaci.

Czwarty, rzadki, omawiany przypadek niewątpliwie wymaga dalszej obserwacji.

Zagadnienie roli żołądka nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. W każdymbądź razie przeciw poglądowi Hitzenbergera, Binga, Friedmana i inn. o współrzędności policytemji z nadkwaśnością przemawia chociażby demonstrowany przypadek kol. Szyfmana.

Kol. Lewenfiszowi — praca Pagneiz i Solomona jest odosobniona; wydaje się słuszniejszym pogląd, by nie przeciwdziałać leczniczo urządzeniom kompensacyjnym organizmu, jakiem narówni z obrzękami jest sinica z wtórną poliglobulją.

Kol. I. M. Barciński. Napromieniania czerwienicy wtórnej przy niedomodze serca są do pomyślenia tylko w sensie obniżenia lepkości i parcia krwi, co może w pewnym stopniu odciążyć układ krążenia, nie powinno się mieć na celu niszczenia czerwonych ciałek krwi, których zwiększona ilość występuje jako urządzenie kompensacyjne.

Przed napromienianiami śledziony obok kości długich zalecanemi przez niektórych autorów jak Solomon, Schlesinger, Falta i inni, — Holfeder, Milani i szereg innych autorów uważa napromienianie śledziony za wręcz szkodliwe. Sprawa napromienianiań śledziony nie jest do dnia dzisiejszego rozstrzygnięta.

Liczba białych ciałek krwi a zwłaszcza ich spadek jest ważnym drogowskazem podczas leczenia prom. Roentgena czerwienicy, ale nie jest decydujący, niemniej ważne jest ilościowe zachowanie się czerwonych ciałek krwi i ogólny stan chorego.

Sekretarz: *Dr. B. Czaplicki.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 5 czerwca 1934 roku.

1. Kol. Karwacki L., członek T-wa, wygłasza odczyt p. t.: „*Poszukiwania etjologiczne w ziarnicy złośliwej*" (streszcz. wł.).

W pierwszej części przemówienia prelegent próbował ustalić pewne cechy biologiczne zarazka ziarnicy złośliwej na mocy analizy zmian histopatologicznych i objawów chorobowych. Skolei prelegent streścił właściwe poszukiwania bakterjologiczne i badania doświadczalne na zwierzętach.

Laseczki typu dyfterjoidów, ziarenkowce i streptotryksy, wyhodowane przez różnych autorów mogłyby być postaciami rozwojowemi jednego zarazka, należącego do rodziny prątków kwasoopornych. Postać przesączalna tego zarazka, podług niektórych badaczów, ma być jakoby czynnikiem etjologicznym ziarnicy złośliwej.

Szczepienia świnek gruczołami ziarnicowemi (wolnemi od gruźlicy) w połowie doświadczeń wywołuje u zwierząt gruźlicę bądź klasyczną bądź typu Calmette-Valtis'a.

Przyjęcie hipotezy, że ziarnica złośliwa jest postacią zakażenia gruźliczego, wymaga uzasadnienia patogenetycznego w sprawie chorobotwórczości swoistej samego zarazka, na co jeszcze za wcześnie.

2. Kol. Chodkowski K., członek T-wa, omówił „*Zarys anatomji patologicznej w ziarnicy złośliwej*".

Oba referaty bez dyskusji.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 października 1934 r.
Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

Kol. Machniewicz opisuje z własnej obserwacji *2 przypadki urazowego krwotoku podpajęczynówkowego:* w pierwszym przypadku krwotok wystąpił wskutek urazu głowy przy upadku na tor kolejowy w stanie zatrucia alkoholem i przebiegał poza utratą przytomności i wymiotami pod postacią silnego podniecenia i zaburzeń psychicznych. Dwukrotnie wykonane nakłucie lędźwiowe doprowadziło do zupełnego wyleczenia. W drugim przypadku uderzenie polanem w głowę przy rąbaniu drzewa wywołało krwotok podpajęczynówkowy, który w 3-cim dniu choroby dał objawy zadrażnienia opon m.-rdz. Jednorazowa punkcja lędźwiowa dała wyleczenie.

Następnie omawia autor stosunki anatomiczne opon mózgowych, oraz etjologię wylewów podpajęczynówkowych samoistnych i urazowych, ich leczenie oraz potrzebę ścisłego różniczkowania przypadków wstrząsu mózgu i wylewów podpajęczynówkowych.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Cz. Karwowski podkreślając potrzebę mierzenia ciśnienia przy wypuszczaniu płynu m.-rdz. i Kol. Łukaczewski.

Kol. Fryszman wygłosił referat: *O niedokrwistości w związku z zaburzeniami wydzielniczemi żołądka.* Prelegent omawia klinikę anemji Biermerowskiej i chloranemji. W anemji Biermerowskiej bezsoczność i brak czynnika Castle'a. W chloranemji często brak kwasu solnego, czynnik Castle'a zawsze obecny. W powstawaniu chloranemji odgrywa rolę gorsze przyswajanie żelaza przez błonę śluzową żołądka wzgl. jelit. Odróżnienie jednej postaci od drugiej jest ważne ze względu na terapję. W anemji Biermerowskiej wątroba i bł. śl. żołądka są lekiem swoistym, w chloranemji lekiem skutecznym jest tylko żelazo nieorganiczne (*Ferr. reductum* lub *carbonicum*) podawane w dużej ilości 3—6—10 g dziennie, zawsze z dodatkiem kwasu solnego.

Wreszcie prelegent demonstruje 2 typowe przypadki chloranemji leczone żelazem z dobrym wynikiem.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Kapłan, Kracowski, Prylucki, Karwowski.

Sekretarz: (—) *Dr. Czesław Karwowski.*

NEKROLOGJA.

César Roux (1857—1934).

W Lozannie zmarł w 77 roku życia znany chirurg prof. dr. César Roux. Urodzony w Kantonie Vond w miejscowości Mont la Ville uczęszczał na wydział lekarski w Bernie, gdzie był uczniem Langhansa i Kochera. Czas jakiś przebywał w klinikach wiedeńskich i w Halle. Potem prowadził oddział chirurg. szpitala w Lozannie 1887 r. a w 1890 został prof. chirurgji nowoutworzonego Uniwersytetu. Na tem stanowisku przebywał do 1926 r. Otrzymał na uniw. paryskim doktorat *honoris causa.*

Od Rady nadzorczej Spółki Wydawniczej lekarskiej we Lwowie.

Rada nadzorcza Spółki Wydawniczej lekarskiej przyjęła z prawdziwym żalem postanowienie dotychczasowego Redaktora Prof. Dr. St. Legeżyńskiego ustąpienia z zajmowanego stanowiska i wyraża Mu za szczególnie wybitną pracę najszczersze podziękowanie.

Sekretarz: *Prof. Dr. K. Bocheński.* Prezes: *Prof. Dr. M. Franke.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Od Redakcji.

Z dniem 1 lutego obejmuje Redakcję P. G. L. Prof. Dr. Wacław Moraczewski.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Walne Zgromadzenie Lw. Tow. Ginekologicznego mianowało prof. Bocheńskiego swym członkiem honorowym.

Walne Zgromadzenie Lw. Tow. Ginekologicznego odbyte dnia 28 grudnia 1934 r. wybrało na rok bieżący nowy zarząd o następującym składzie: Przewodniczący: Prof. Dr. K. Bocheński, zastępca: Dr. Hermelin. Skarbnik: Dr. Mahl, sekretarz: Dr. Dubicki. Członkowie Wydziału: Dr. Sawicka H., Doc. Dr. Lenczowski J., Dr. Graf N. Sąd polubowny: Prof. Dr. Sołowij A., Doc. Dr. Mączewski S., Dr. Damański E. Komisja rewizyjna: Dr. Podoliński A., Dr. Zwilling E., Dr. Gerhardt L. Redaktorzy naczelni: Prof. Dr. Bocheński K., Prof. Dr. Sołowij A. Komitet redakcyjny: Prof. Dr. Bocheński K., Prof. Dr. Sołowij A., Doc. Dr. Mączewski S., Doc. Dr. Lenczowski J., Dr. Seidler M., Dr. Medejewski W., Dr. Wiślański K.

Zmarli.

Dr. Feliks Krzymuski zmarł w Kaliszu w wieku lat 57.

Dr. Jan Mosalff zmarł w Warszawie w wieku lat 34.

Prof. Dr. Zdzisław Sowiński, dermatolog, zmarł w Warszawie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 22 stycznia 1935. 1. Mosing H. (Lwów): Rickettsiaemia Weigli. 2. Ławrynowicz A.: Zmienność drobnoustrojowa, jej znaczenie dla patogenezy, rozpoznawania i epidemjologji spraw zakaźnych.

I. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. w Poznaniu odbyło się dnia 25 stycznia 1935 r. 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład: Doc. Dr. W. Węsław: Współczesny stan wiadomości o roli kory nadnerczy w warunkach prawidłowych i chorobowych (z pokazami).

Różne.

Z kraju.

Podręcznik prof. dr. Witolda Orłowskiego „Choroby serca i naczyń" wyszedł z druku w przekładzie na język bułgarski z przedmową prof. dr. Mołłowa z Sofji.

Francja.

E. Henriot w artykule, drukowanym w *„Le Temps"* (24. XII. 1934) wymienia następujących lekarzy, zajmujących wybitne miejsce w literaturze francuskiej: Rabelais, Guy Patin, Littré, Jean Lahor, Georges Duhamel, F. L. Céline, H. Martineau, M. Parturier, Armaingaud, R. Dumesnil, J. L. Faure, Gilbert Robin, Voivenel, M. Hamon, Léo Gaubert, Octave Béliard.

Niemcy.

Liczba zawartych związków małżeńskich w 2 kwartale 1934 była o 24,2% większa, liczba urodzin o 21,5% większa od tego samego kwartału roku 1933.

W artykule drukowanym w *Klin. Woch.* Nr. 3. 1935 poddaje prof. dr. P. Mühlens z Instytutu Chorób Podzwrotnikowych w Hamburgu w wątpliwość jeszcze obecnie spotykane rozpoznania nawrotów malarji ewent. schorzeń jako pozostałości po przebytej malarji w czasie wojny, — a roztrząsane w związku z przyznawaniem prawa do renty inwalidzkiej. Zdaniem tego uczonego w klimacie Niemiec wyleczenie malarji następuje do 5—6 lat i on sam nie ma obecnie żadnych dowodów na to, by istniały jeszcze malaryczne pozostałości wojenne.

Palestyna.

Rozległe badania epidemjologiczne wykazały silne rozpowszechnienie choroby tęgoryjcowej *(Ankylostomiasis)* na wybrzeżu palestyńskiem. W niektórych wioskach w okolicy Jaffy ilość zakażonych dochodzi do 50—80% mieszkańców. Nasilenie tej choroby wydaje się być najwybitniejszem tam, gdzie istnieją liczne gaje drzew pomarańczowych, silnie nawożonych odchodami.

Włochy.

Instytut B. Mussoliniego w Rzymie, otwarty 1 grudnia 1934 budowano 4 lata, kosztem 60 miljonów lirów, wykonując 800.000 dni pracy.

W r. 1924 notowano we Włoszech 60.548 zgonów spowodu gruźlicy, w r. 1933 mimo przyrostu ludności 35.240, co wynosi 156 na 100.000 w 1924 r., a 76 na 100.000 w 1933 r.

W latach 1929—1933 wydały Włochy na walkę z gruźlicą 1.645.000.000 lirów.

Do ubezpieczeń społecznych przyjmuje się we Włoszech tylko pracowników, zarabiających mniej niż 700 lirów miesięcznie.

Komunikaty.

XXVIII. Zjazd Chirurgów Polskich. Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich podaje do wiadomości, że XXVIII Zjazd Chirurgów Polskich (XI Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich) odbędzie się w Krakowie w dn. 29, 30 kwietnia i 1 maja 1935 r. Za tematy programowe obrano: I „Krwiomocz". Referenci: prof. T. Ostrowski ze Lwowa, „Krwiomocz ze stanowiska chirurgji". Dr. med. W. Markert z Warszawy, „Krwiomocz ze stanowiska chorób wewnętrznych". II „Ostra niedrożność przewodu pokarmowego". Referenci: prof. K. Michejda — Wilno, prof. S. Schilling-Siengalewicz — Wilno. Stosownie do postanowień Regulaminu T-wa, zgłaszanie rozpraw nad tematami programowemi oraz zgłaszanie referatów na tematy dowolne winno nastąpić najpóźniej do dnia 17 marca 1935 r. na ręce prezesa T-wa prof. A. Jurasza (Poznań, ul. Długa 1). Do zgłoszonych referatów na tematy dowolne winno być dołączone conajmniej krótkie streszczenie referatu. Pierwsze dwa dni Zjazdu będą całkowicie poświęcone tematom programowym i rozprawom nad nimi. Referaty na tematy dowolne będą wygłaszane w 3-im dniu Zjazdu z tego też względu na zasadzie uchwały Zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich liczba referatów przeznaczonych do wygłoszenia będzie ograniczona. Korespondencje w sprawie Zjazdu należy kierować pod adresem Sekretarza T-wa D-ra T. Byszewskiego (Warszawa, ul. Barska 3).

Komitet III Zjazdu Międzynarodowego Patologji porównawczej w Atenach zwraca się do lekarzy i przyrodników polskich, mających zamiar brać udział w Kongresie, aby zgłoszenia zechcieli składać na ręce Prof. Dr. Wacława Moraczewskiego, Kleinowska 7, Lwów, w celu utworzenia Komitetu Polskiego dla trzech sekcyj wymienionego Kongresu. Kongres odbędzie się w Atenach w dniach 15—16 i 17—18 kwietnia 1936 roku, pod protektoratem Exc. Prezydenta Republiki i Rządu Helleńskiego. Sekcja I. Medycyna ludzka. Tematy: a) Nefrozy i Amilozy. b) Echinokokozy (Bąblowiec). c) Leishmanozy. d) Spirochetozy. e) Awitaminozy: Wpływ na czynności trawienia. — Sekcja II. Medycyna Weterynaryjna: a) Echinokokozy (Bąblowiec u zwierząt domowych). b) Spirochetozy zwierzęce. c) Zakażenia beztlenowcowe u zwierząt domowych. d) Leishmanozy u zwierząt. — Sekcja III. Patologja roślinna: a) Odporność u roślin (Immunitas). Komitet organizacyjny pragnąc uprzystępnić członkom Zjazdu odwiedzenie miejscowości znanych w Grecji, proponuje przejażdżkę okrętem opuszczającym Wenecję 11 kwietnia i przybywającym do Pireusa 14 kwietnia. Po drodze uczestnicy Zjazdu zwiedzą w ciągu dni Wielkanocnych Athos i 22 klasztory. Uczestnicy Zjazdu, którzy przybywają wprost do Aten, mogą 13 kwietnia wsiąść na ten sam okręt i z Aten odbyć wycieczkę do gór Athos. Zamknięcie Zjazdu odbędzie się w sobotę 18 kwietnia w Amfiteatrze Epidaurus, skąd projektowane są wycieczki do Tyryntu, Mycen, Sparty, Mistry, Olimpji, Delf i Delos. Podróż okrętem obejmuje: Odjazd z Wenecji 11 kwietnia, przystanek w Pireusie 14 kwietnia, opłynięcie przylądka Athos i powrót do Pireusa. Środa 15, czwartek 16, piątek 17 zjazd w Atenach. Sobota 18 odpłynięcie z Pireusa do Naupli, zamknięcie zjazdu w Epidaurus. Niedziela 19 i poniedziałek 20 wycieczki autem do miejscowości wymienionych Tyrynt, Myceny, Korynt etc. Poniedziałek wieczór wyjazd z Naupli do Katakolon, zwiedzenie Olimpji. Wtorek 21 wyjazd do Itei, zwiedzenie Delf. Środa wieczorem odjazd z Itei do Wenecji. Koszty podróży i żywienia w ciągu tych dni 12 podane będą po przyjęciu postanowienia ostatecznem. Wszelkich wskazówek udziela Sekretarz Generalny Dr. Ant. Codounis Prof. przybrany (Docent), Ateny ul. 40 Didotou. Koszta udziału w Zjeździe wynoszą 100 fr. fr. dla członków zjazdu, a 50 fr. fr. dla członków przybranych (towarzyszących). Delegaci zagraniczni oficjalni zwolnieni są od opłaty powyższej. Karty uczestnictwa, upoważniające do zniżek na kolejach, w hotelach i restauracjach otrzymają członkowie Zjazdu po zapłaceniu karty uczestnictwa. Pozatem otrzymują sprawozdanie z prac Zjazdu. Przy złożeniu składki uczestnictwa podany ma być dokładny adres etc. Streszczenie komunikatów przesyłać należy do dnia 1 sierpnia 1935.

II Międzynarodowy Kongres Neurologiczny odbędzie się w Londynie od poniedziałku 29 lipca do piątku 2 sierpnia 1935 r. pod przewodnictwem Dra Gordona Holmesa. Jako tematy główne poddane będą obradom zagadnienia następujące: 1) Padaczki, ich etjologja, patogeneza i leczenie, 2) Fizjologja i patologja płynu mózgowo-rdzeniowego, 3) Czynności płatu czołowego, 4) Hypothalamus i centralna reprezentacja układu autonomicznego. Jedno z posiedzeń z odczytem prof. Förstera poświęcone będzie pamięci Hughlingsa Jacksona. Na kongresie tym Neurologja Polska po raz pierwszy uzyskała reprezentację oficjalną w postaci jednego z czynnych wiceprezesów Kongresu (prof. Orzechowski z Warszawy) oraz współudział w jednym z tematów głównych „O padaczkach" (prof. Orzechowski). Kandydaci na Członków czynnych Kongresu mogą zapisać się albo za pośrednictwem Komitetu Polskiego Kongresu (Doc. Dr. W. Sterling, Warszawa, Boduena 1) albo za pośrednictwem Wykonawczego Komitetu Programowego (Dr. Kinnier Wilson, Londyn, W. I. Harley Street, 14). Wpisowe dla członka czynnego wynosi 25 franków szwajcarskich (= 1 funt ang. 10 szylingów), dla członka towarzyszącego połowę sumy niniejszej może być wpłacone bądź Komitetowi Polskiemu, bądź bezpośrednio na ręce Skarbnika Kongresu.

Sprostowanie omyłki druku.

Na str. 55. Nr. 3. P. G. L. b. r. wiersz 33, szpalta I. podano mylnie nazwisko sekretarza Tow. Lek. Częstochowskiego. Brzmieć ono powinno: *Adam Borkowski.*

Redakcja otrzymała:

J. Maisin: Krebsverhütung und Gesetzgebung. Nakl. Praktische Karcinomblätter. Wyd. Neumann. Wiedeń—Lipsk. 1935.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.